

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 3 Agenas
Il Rapporto sugli outcomes
negli ospedali
- 14 La sfida
Ridurre i tagli cesarei primari
- 25 Contenziosi in ostetricia
Difendersi dai contenziosi
in ginecologia

Gyneco Aogoi

NUMERO 6 - 2024 - BIMESTRALE - ANNO XXXV

Allattamento

**SEMPRE DI PIÙ UN PUNTO CENTRALE
DELLA SALUTE
DELLA MAMMA
E DEL NEONATO**

POSITION STATEMENT

**SULLA PATOLOGIA
DELLA MAMMELLA E LATTAZIONE.
L'IMPEGNO DI SIGO/AOGOI**

ALLE PAGINE 8 E 10

AOGOIASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI**4** ORE
FORMATIVE**6** CREDITI
ECM**CORSO FAD 2024**

01-09-2024 | 28-02-2025

**IL TRAVAGLIO
DI PARTO NATURALE
E NOVITÀ SULL'INDUZIONE
MEDICA DEL TRAVAGLIO**
Perché è importante una corretta
e appropriata informazione
degli operatori sanitari

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Prof. Antonio Chiàntera, Dr.ssa Elsa Viora

RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE ECM AOGOI

Dott. Carlo Maria Stigliano

Con la sponsorizzazione
non condizionante diISCRIVITI SUBITO
ecm.aogoi.itNORGINE e il logo con la vela sono marchi registrati
delle aziende del gruppo Norgine

CODICE EVENTO 2223-421961

RAZIONALE E OBIETTIVI FORMATIVI

La corretta gestione del travaglio di parto e delle procedure di induzione richiede la conoscenza della fisiologia del travaglio di parto e delle indicazioni cliniche.

Questo corso FAD si propone di fornire agli operatori sanitari un aggiornamento sull'argomento, fornendo conoscenze basate sull'evidenza e pratiche correnti.

Attraverso un'analisi delle nuove indicazioni e direttive, il corso mira a migliorare la capacità degli operatori sanitari di prendere decisioni informate e a promuovere una gestione appropriata e sicura del travaglio di parto. Inoltre, il corso esaminerà l'importanza della comunicazione efficace con le donne e affronterà aspetti legali ed etici rilevanti per la pratica clinica.

L'obiettivo finale è quello di garantire che gli operatori sanitari siano preparati ad affrontare le sfide del travaglio di parto, fornendo cure di qualità e promuovendo risultati il più possibile ottimali per la salute materna e fetale.

DESTINATARI:

Medico chirurgo: Ginecologia e ostetricia, Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
Ostetrica/o: Ostetrica/o

AOGOIASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI

PROGRAMMA SCIENTIFICO

Video introduzione a cura dei Responsabili Scientifici:
Prof. Antonio Chiàntera, Dott.ssa Elsa Viora

Modulo introduttivo Perché è importante una corretta e appropriata informazione degli operatori sanitari | **Franco Antonio Ragusa**

Modulo 1 Storia dell'induzione al parto | **Bianca Masturzo**

Modulo 2 Il travaglio di parto: approcci e pratiche attuali per una gestione efficace e quando è necessaria l'induzione medica | **Lorenza Driul**

Modulo 3 Linee Guida ed evidenze scientifiche | **Tullio Ghi**

Modulo 4 Metodi di induzione, pianificazione e gestioni | **Bianca Masturzo**

Modulo 5 Focus on: Il misoprostolo: quando, come e perché | **Tullio Ghi**

Modulo 6 Comunicazione e counselling / aspetti psicologici | **Bianca Masturzo, Mariateresa Orlando, Letizia Francese**

Modulo 7 Aspetti legali ed etici | **Franco Antonio Ragusa**

Modulo 8 Take home message | **Elsa Viora**

RELATORI:

Elsa Viora, Bianca Masturzo, Franco Antonio Ragusa, Lorenza Driul, Tullio Ghi, Letizia Francese, Mariateresa Orlando

IL NUOVO PROGRAMMA
NAZIONALE ESITI DI AGENAS

CAREGGI, AOU MARCHE E HUMANITAS

GLI OSPEDALI CON LE MIGLIORI PERFORMANCE

**Ricoveri in aumento,
ma ancora troppe differenze
a livello inter e intra-regionale**

Il nuovo report mostra nel 2023 un aumento dei ricoveri programmati e diurni. Ancora in affanno invece i ricoveri urgenti. Boom di interventi per il trattamento tumore maligno della mammella che supera addirittura l'asticella del 2019.

137 punti nascita sono ancora sotto la soglia minima dei 500 parti l'anno, un numero di prestazioni troppo basso che non garantisce la sicurezza della mamma e del bambino.



Mollano gli ormeggi gli ospedali italiani ormai liberi, chi più chi meno, dalla zavorra della pandemia. Nel 2023 i ricoveri tornano a essere quasi 8 milioni (+312mila rispetto al 2022) accorciando quindi ulteriormente le distanze dai livelli pre-pandemici (-10% rispetto al 2019). Vento in poppa in particolare per i ricoveri programmati e quelli diurni, rispettivamente con appena un -3% e -4% dai livelli pre Covid. Sono invece ancora in affanno i ricoveri urgenti: rispetto al 2019, il gap è rimasto sostanzialmente invariato e si conferma una riduzione del 12%.

Sul fronte qualità, cresce il numero degli ospedali con livelli di eccellenza per almeno il 50% dell'attività svolta: + 33% rispetto al 26% del 2022. Tuttavia il tallone d'Achille, non è più il divario

Nord-Sud Italia, ma una eccessiva frammentazione nei volumi di attività che si traduce in una allarmante differenza intra-regionale e spesso anche inter-aziendale. Preoccupa infatti, in alcuni ambiti, la preponderanza di strutture a volume molto basso di prestazioni non allineate agli standard indicati dal Dm 70 e dalle linee guida internazionali. Strutture che mal si sposano con outcome di qualità e lontane dall'assicurare i Lea.

Qualche esempio? Migliora l'offerta delle performance assistenziali per il trattamento tumore maligno della mammella che supera addirittura l'asticella del 2019: il numero delle strutture con alti volumi di attività aumenta, ma ce ne sono ancora ben 201 sotto la soglia indicata dal Dm 70, e quindi a rischio. Nel cardiovascolare vanno bene i tempi di accesso alla PTCA entro 90 minuti, tra gli indicatori di efficienza del sistema. 137 punti nascita sono ancora sotto la soglia minima dei 500 parti l'anno, un numero di prestazioni troppo basso che non garantisce la sicurezza della mamma e del bambino.

Questo in sintesi il quadro delineato dagli analisti di **Agenas** che hanno presentato a Roma presso il Cnel i risultati dell'Edizione 2024 del **Programma nazionale esiti (Pne)**. Un Pne che, in linea con il trend degli ultimi anni, si perfeziona sempre di più e stringe le maglie per valutare con accuratezza gli out come degli ospedali pubblici e privati.

Anche per questa edizione parlare di classifiche non è più un tabù: le strutture con performance di eccellenza sono ormai sotto i riflettori grazie all'utilizzo sempre più accurato una sorta di "ra-

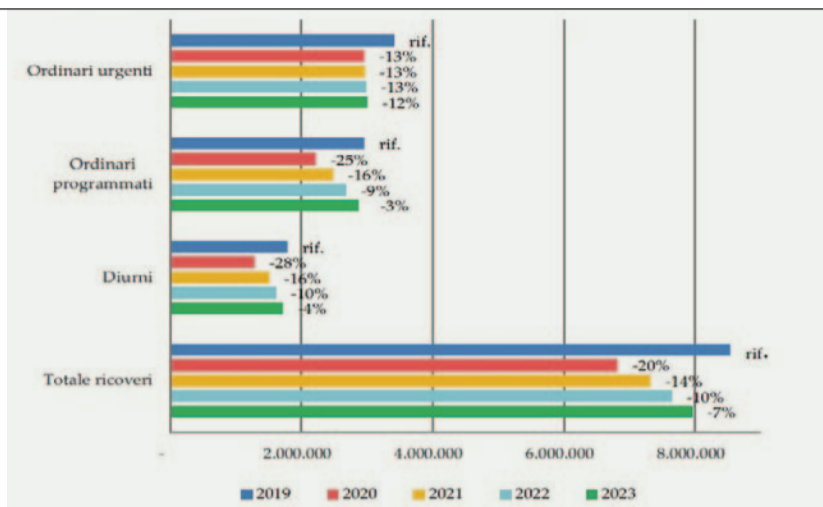


Link al documento integrale e alle tabelle originali

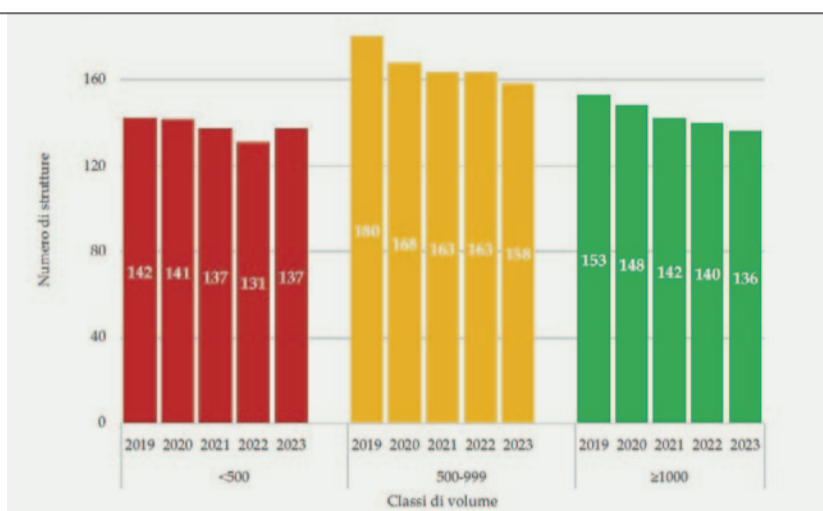


PNE - RAPPORTO AGENAS

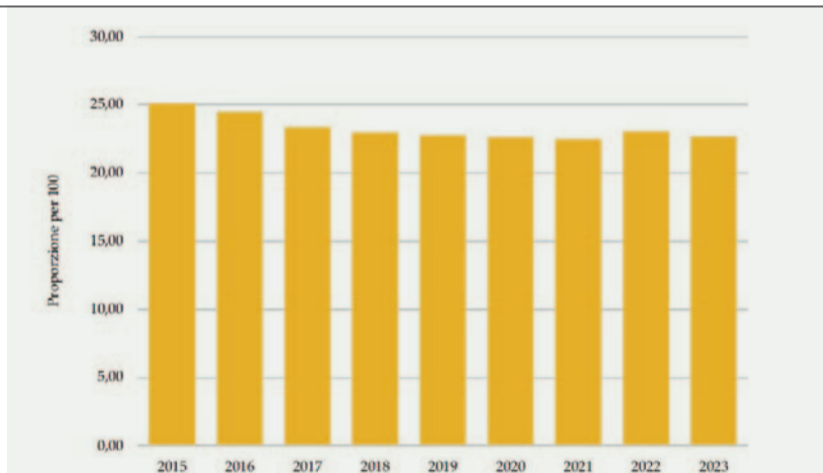
Volumi e variazioni percentuali dei ricoveri durante il periodo pandemico rispetto ai livelli pre-pandemici, per regime e tipologia di ricovero. Italia, 2019-2023



Distribuzione dei punti nascita per classi di volume di parti. Italia, 2019-2023

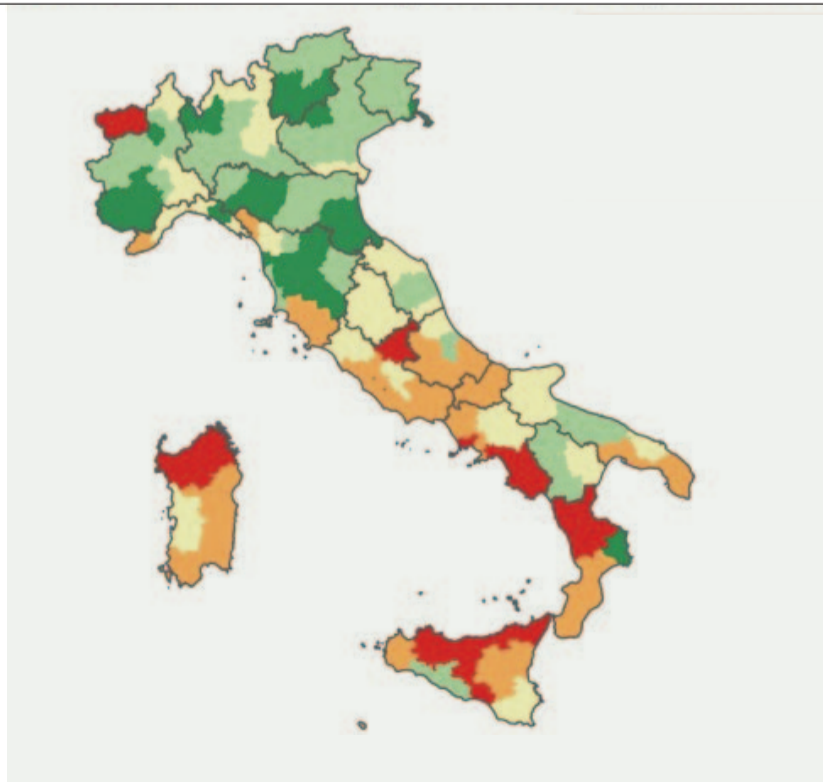


Proporzione di parti con taglio cesareo primario. Italia, 2015-2023



Analisi della funzione di tutela. Proporzione dei parti con taglio cesareo

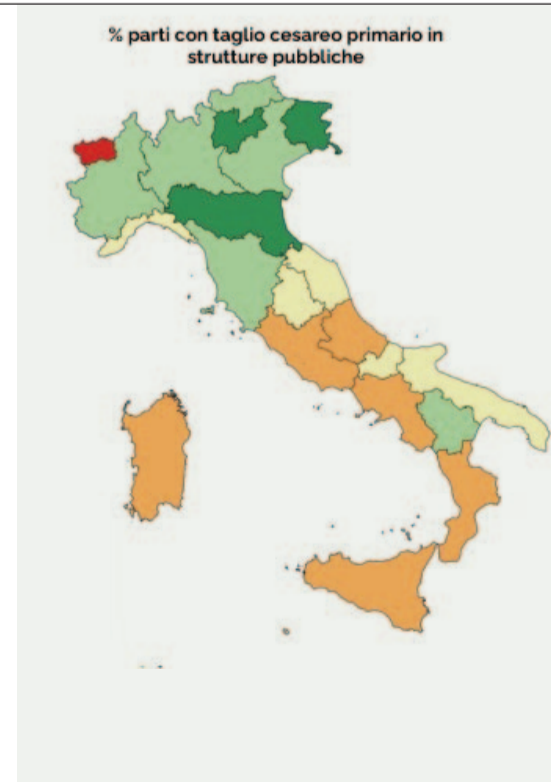
- 9,7 - 16,3
- 16,4 - 20,8
- 20,9 - 24,9
- 25,0 - 31,3
- 31,4 - 39,3



Attualmente sono in sperimentazione 8 nuovi indicatori, di cui 3 in ambito oncologico (pancreas, polmone e stomaco), 2 in ambito neurologico (ictus) e 3 in ambito cardiologico (relativi all'infarto acuto del miocardio)

Analisi della funzione di tutela. Proporzione di parti con taglio cesareo

- 13,7 - 16,3
- 16,4 - 20,8
- 20,9 - 24,9
- 25,0 - 31,3
- 31,4 - 39,3



dar” in grado di intercettare la qualità delle attività ospedaliere, ossia il treemap, modalità sintetica che attraverso indicatori di volume, processo ed esito evidenzia le criticità delle realtà assistenziali per singola struttura. E quest’anno sul podio di Agenas troviamo l’Ao Careggi con le migliori performance e in più aree, a pari merito con l’Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche e poi come lo scorso anno l’Istituto Clinico Humanitas di Rozzano.

INDICATORI E OSPEDALI SOTTO LALENTE. Sotto la lente di Agenas è finita l’attività assistenziale effettuata nel 2023 in 1.363 ospedali pubblici e privati e anche quella dal 2015 al 2022. Gli analisti hanno messo in campo per questa nuova edizione, 10 indicatori in più rispetto all’anno precedente, per un totale di 205 indicatori di cui: 180 relativi all’assistenza ospedaliera (70 di esito/processo, 88 di volume e 22 di ospedalizzazione) e 25 relativi all’assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in pronto soccorso (4).

Si conferma quindi un sistema in continua evoluzione e sempre più “chirurgico”: attualmente sono in sperimentazione 8 nuovi indicatori, di cui 3 in ambito oncologico (pancreas, polmone e stomaco), 2 in ambito neurologico (ictus) e 3 in ambito cardiologico (relativi all’infarto acuto del miocardio).

PER QUANTO RIGUARDA IL TREEMAP (MAPPA AD ALBERO) - l’atout vincente del Pne che consente ad operatori sanitari, manager e decisori politici di avere una visione rapida dei dati delle strutture ospedaliere e definire strategie di azione in maniera appropriata - sono 20 gli indicatori selezionati per 8 aree cliniche (cardio-circolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto, osteomuscolare, nefrologia) attraverso i quali sono state passate al setaccio 950 delle 1.363 strutture analizzate dal Pne (il 70% del totale, era il 66% nel 2022), pari a circa il 90% dei ricoveri nelle aree cliniche considerate. Le strutture per le quali è stato possibile valutare, almeno con un indicatore, tutte e 8 le aree cliniche sono state 171; di queste, 2 hanno raggiunto livelli di qualità alti o molto alti per tutte le aree.

I DATI PIÙ RAPPRESENTATIVI



A questo link le tabelle degli analisti di Agenas

Ospedalizzazioni in recupero. Come già sottolineato, nel 2023, il quadro d'insieme indica una crescita delle ospedalizzazioni, che tornano a essere quasi 8 milioni (312mila in più rispetto al 2022). Il recupero, calcolato rispetto al 2019, ha riguardato specificamente i ricoveri programmati (-3%) e quelli diurni (-4%), mentre è rimasto sostanzialmente invariato il gap sui ricoveri urgenti, per i quali si conferma una riduzione del 12%.

Rientra nei ranghi l'attività programmata delle strutture private accreditate, rispetto al comparto pubblico che si è risvegliato dopo lo shock pandemico. Un'attività che si era intensificata durante la partita contro il Covid 19 grazie alla delocalizzazione dei pazienti e/o delle équipes chirurgiche con l'obiettivo di recuperare prestazioni elettive non effettuate durante il lockdown. Dal 44% nel periodo pre-pandemico è passata al 46% nel 2020 per raggiungere il picco massimo del 47% nel 2021 e riassetarsi nel 2023 al 45. Un andamento analogo si è registrato anche a carico dei ricoveri diurni, in cui la quota a carico del settore privato è cresciuta dal 28% nel periodo pre-pandemico al 31% del 2021, per poi scendere al 29% nel 2022 e nel 2023.

L'AREA PERINATALE

PUNTI NASCITA Nell'Italia colpita dall'inverno demografico, il numero di parti continua a diminuire nel post-pandemia, seppur in misura minore rispetto al trend pre-pandemico: 381.766 parti nel 2023, 11.700 meno del 2022.

CIRCA UN TERZO DEI PUNTI NASCITA EFFETTUANO MENO DI 500 PARTI L'ANNO. Uno scenario nero al quale si aggiunge un'altra criticità: nel 2023 il quadro si è presentato in leggero peggioramento rispetto agli anni precedenti, si è infatti ridotto il numero di strutture che hanno raggiunto la soglia dei mille parti/anno: 136 nel 2023, per un va-

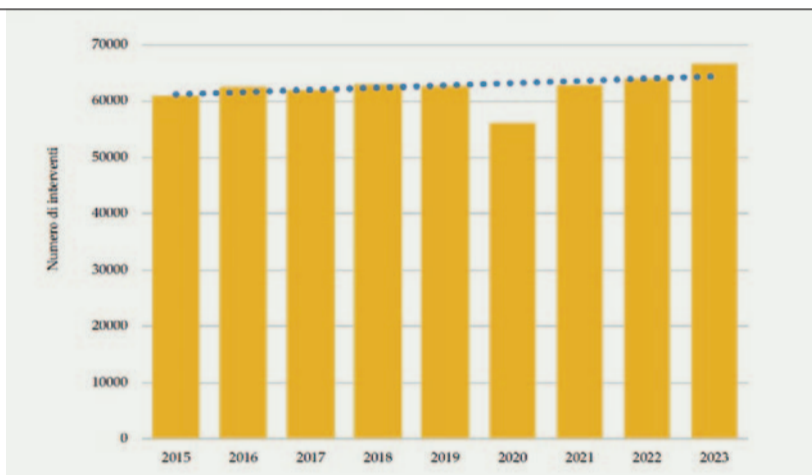
lore corrispondente al 62% dei casi (erano 140 nel 2022), ed è aumentato quello delle strutture sotto l'asticella dei 500 parti/anno: 137 punti nascita nel 2023, in cui si concentra l'8% della casistica nazionale (erano 131 nel 2022). Tutte strutture che in base all'Accordo Stato-Regioni del 2010 avrebbero dovuto chiudere i battenti.

PARTI CON TAGLIO CESAREO altro tallone d'Achille è il ricorso al TC primario, nonostante si sia progressivamente ridotto, passando da una media del 25% nel 2015 al 22% nel 2021, senza che l'emergenza pandemica abbia influito in modo significativo. Nel 2023 la percentuale è in leggera risalita (23%), valori ben lontani dalla soglia del 10-15% indicata dall'Oms. Come già emerso nelle precedenti edizioni del PNE, si conferma una marcata eterogeneità inter-regionale, con uno spiccato gradiente Nord-Sud e una variabilità intra-regionale. Ad esempio, in alcune regioni Campa-

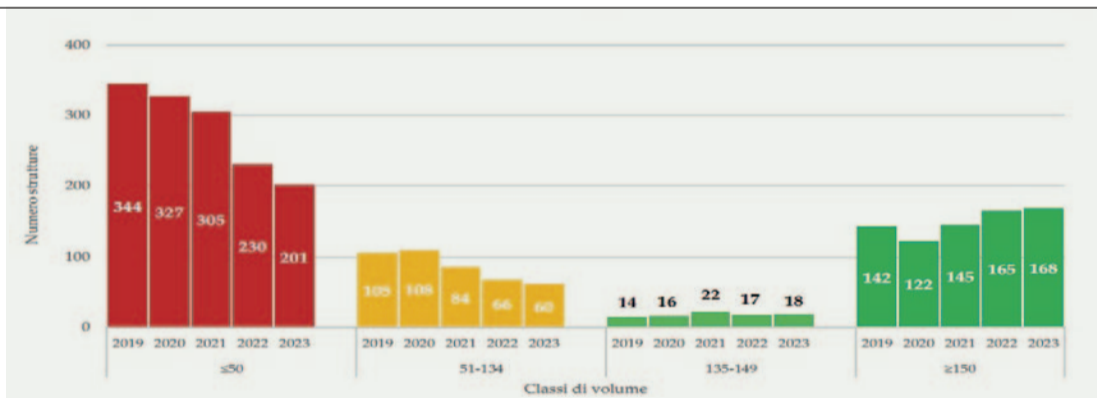
nia, Sicilia, Puglia, Lazio e Lombardia, si contano ancora strutture con percentuali di TC oltre il 40%. E parlando di ricorso al taglio cesareo, come sempre il privato accreditato spopola.

APPROPRIATEZZA IN AMBITO PERINATALE E VARIABILITÀ regionale Una valutazione complessiva dell'appropriatezza clinica è possibile attraverso una lettura combinata dell'indicatore Tc con il pregresso TC (VBAC) e la proporzione di episiotomie. È emerso un trend crescente del ricorso al VBAC, anche se con valori ancora complessivamente molto bassi (si è passati dall'8% del 2015 al 12% nel 2023). Di contro, si è fortemente ridimensionato negli anni il ricorso all'episiotomia, più che dimezzata in poco meno di un decennio (dal 24% nel 2015 all'11% nel 2023). Permane ancora una marcata variabilità inter e intra-regionale nei livelli di appropriatezza clinica, con la presenza di un gradiente Nord-Sud a svantaggio delle regioni meridionali.

Numero di interventi per tumore maligno della mammella. Italia, 2015-2023



Tumore maligno della mammella: distribuzione delle strutture, per classi di volume di interventi. Italia, 2019-2023



% parti con taglio cesareo primario in strutture private accreditate



Analisi della funzione di tutela- Volume di parti

Regione	Volume parti				Totale n
	Privato accreditato		Pubblico		
	n	%	n	%	
Lazio	19.727	56%	15.425	44%	35.152
Campania	22.013	51%	20.793	49%	42.806
Puglia	5.752	23%	19.810	77%	25.562
Sicilia	6.291	18%	29.452	82%	35.743
Liguria	1.389	17%	6.554	83%	7.943
Lombardia	10.083	15%	56.292	85%	66.375
Friuli Venezia Giulia	715	9%	6.833	91%	7.548
Veneto	2.418	8%	27.850	92%	30.268
Calabria	945	8%	11.573	92%	12.518
Piemonte	1	0%	24.872	100%	24.873
Valle d'Aosta	0	0%	705	100%	705
Prov. Auton. Bolzano	0	0%	4.818	100%	4.818
Prov. Auton. Trento	0	0%	3.635	100%	3.635
Emilia-Romagna	0	0%	28.944	100%	28.944
Toscana	0	0%	21.666	100%	21.666
Umbria	0	0%	5.030	100%	5.030
Marche	0	0%	8.576	100%	8.576
Abruzzo	0	0%	7.585	100%	7.585
Molise	0	0%	1.180	100%	1.180
Basilicata	0	0%	3.398	100%	3.398
Sardegna	0	0%	7.146	100%	7.146
Italia	69.334	18%	312.137	82%	381.471

GIORNATA PER L'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE



La crisi della violenza di genere è urgente. Quasi una donna su tre subisce violenza nel corso della sua vita. Le ragazze sono particolarmente a rischio di violenza: una adolescente su quattro, infatti, subisce abusi da parte del partner. Nel mondo, nel 2023 per almeno 51.100 donne, il ciclo della violenza di genere si è concluso con un atto finale e brutale: ogni 10 minuti un partner o un familiare ha ucciso una donna intenzionalmente

Nel 2023 quasi 17mila accessi in PS con indicazione di violenza, +17% rispetto al 2022

SENSIBILIZZARE L'OPINIONE PUBBLICA su una delle più devastanti violazioni dei diritti umani.

Questo l'obiettivo dell'International Day for the Elimination of Violence against Women, Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza

contro le donne, celebrata in tutto il mondo il 25 novembre. Una ricorrenza istituita dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite che ha invitato i governi, le organizzazioni internazionali e le Ong a organizzare attività per puntare i riflettori su questo devastante fenomeno.

Quest'anno il tema centrale della Giornata 2024 è stato "16 Days of Activism: UNiTE to End Violence against Women" ("16 giorni di attivismo: UNiTE per porre fine la violenza contro le donne"), un'esortazione a concentrarsi sull'importanza di finanziare diverse strategie di prevenzione per fermare la violenza. La campagna UNiTE richiama l'attenzione sull'allarmante escalation della violenza contro le donne con il tema "Ogni 10 minuti una donna viene uccisa".

La crisi della violenza di genere è urgente. Quasi una donna su tre subisce violenza nel corso della sua vita. Le ragazze sono particolarmente a rischio di violenza: una adolescente su quattro, infatti, subisce abusi da parte del partner. Nel 2023, nel mondo, per almeno 51.100 donne il ciclo della violenza di genere si è concluso con un atto finale e brutale: ogni 10 minuti un partner o un familiare ha ucciso una donna intenzionalmente.

I NUMERI DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE: OMICIDI, VIOLENZE FISICHE E SESSUALI

- Nel mondo la violenza contro le donne interessa 1 donna su 3
- In Italia i dati Istat mostrano che il 31,5% delle donne ha subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale. Le forme più gravi di violenza sono esercitate da partner o ex partner, parenti o amici.
- I dati del Report del Servizio analisi criminale della Direzione Centrale Polizia Criminale aggiornato al 18 novembre 2024 evidenzia che:
 - nel periodo 1 gennaio - 18 novembre 2024, sono stati registrati 269 omicidi, con 98 vittime donne; rispetto all'analogo periodo dello scorso anno, il numero degli eventi è in diminuzione, da 305 a 269 (-12%), come pure è in calo il numero delle vittime di genere femminile, che da 108 a 98 (-9%).
 - le donne uccise in ambito familiare /affettivo sono state 84, (-6%) in calo rispetto allo stesso periodo 2023 in cui se ne rilevano 89; di queste, 51 hanno trovato la morte per mano del partner/ex partner (-12% rispetto allo stesso periodo del 2023 in cui le vittime furono 58).

VIOLENZA E ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO

I dati relativi all'anno 2023 dell'analisi Istat - Sistema Emur-PS - Ministero della salute, evidenziano che sono stati 16.947 gli accessi delle donne in Pronto Soccorso (PS) con indicazione di violenza rispetto al dato registrato nel 2022 pari a 14.448 accessi (+17,3%). La quota di accessi in PS con indicazione di violenza per 10 mila accessi totali nel 2023 è pari a 18,4, valore sostanzialmente stabile dal 2020, ma significativamente più elevato degli anni pre-pandemia. Nel 2023, si sono registrati 5,6 accessi in PS di donne con indicazione di violenza per 10mila residenti. Le giovani donne di 18-34 anni sono state le più colpite (10,7 per 10mila), seguite dalle donne adulte di 35-49 anni (9,1 per 10mila). Secondo i risultati dell'indagine conoscitiva sull'attuazione del percorso di assistenza sociosanitaria, all'interno del pronto soccorso, per le don-

ne vittime di violenza promossa dal Ministero della Salute nel periodo giugno-settembre 2023, in Italia circa l'80% delle strutture sanitarie dotate di Pronto Soccorso hanno attivato il "Percorso per le donne che subiscono violenza". Il percorso protetto garantisce cura, sicurezza e orientamento ai servizi antiviolenza per le donne e per i figli minorenni. Si stima che il 19% delle vittime che inizia un percorso di uscita dalla violenza lo fa al momento dell'accesso al Pronto Soccorso.

VIOLENZA E RICOVERI DELLE DONNE IN OSPEDALE: I DATI SDO

L'analisi dell'Istat sui dati relativi ai ricoveri ospedalieri in regime ordinario rilevati con il flusso della Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo), ha evidenziato che:

- Nel 2023, si sono registrati 1.370 i ricoveri in ospedale in regime ordinario delle donne con indicazione di violenza, in aumento rispetto al dato registrato nel 2022 pari a 1.196 ricoveri (+14,5%). I valori rimangono inferiori a quelli registrati prima della pandemia da Covid-19 (1.487 nel 2019).
- L'incremento rispetto al 2022 dei ricoveri femminili con indicazione di violenza è maggiore rispetto all'aumento dei ricoveri ordinari totali (+3,3%), anch'essi più bassi rispetto ai valori pre-pandemia.
- La quota di ricoveri ordinari con indicazione di violenza per 10 mila ricoveri ordinari totali nel 2023 è pari a 4,8, in aumento rispetto al 4,4 per 10mila nel 2022 ed in linea con i valori degli anni pre-pandemia.
- Nel 2023, si sono registrati 0,43 ricoveri ordinari di donne con indicazione di violenza per 10.000 donne residenti.
- Le minorenni fanno registrare il tasso più elevato pari a 0,78 ricoveri per 10mila residenti, seguite dalle donne adulte di 18-34 anni (0,74 per 10mila).
- L'incidenza dei ricoveri ordinari delle donne straniere è sei volte più elevata rispetto a quella delle donne italiane: 21,8 ricoveri con indicazione di violenza per 10mila contro 3,7.
- Per le donne di età inferiore a 18 anni, le dia-

VIOLENZA NEI CONFRONTI DEI PROFESSIONISTI SANITARI

Il Decreto per la sicurezza del personale sanitario è legge



Arresto in flagranza differita per aggressioni a danno degli operatori sanitari e reclusione da uno a cinque anni e una multa fino a 10mila euro in caso di danneggiamento, distruzione, dispersione o deterioramento di materiali destinati al servizio sanitario o socio-sanitario. È legge il decreto sul contrasto ai fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari

È legge il decreto sul contrasto ai fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari e di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria.

Grazie al provvedimento approvato a novembre viene introdotta la possibilità di arresto in flagranza differita per aggressioni a danno di operatori sanitari e servizi di sicurezza complementare, e si prevedono arresto e multe in caso di danneggiamenti.

MA VEDIAMO COSA CAMBIA NEL DETTAGLIO.

Il testo all'articolo 1 introduce il reato di danneggiamento commesso all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia ovvero nell'atto del compimento del reato di lesioni personali a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, a personale esercente una professione sanitaria o socio sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali.

Più nel dettaglio il decreto-legge introduce un nuovo comma nell'articolo 635 c.p., con il quale si punisce con la pena della reclusione da uno a cinque anni e con la multa fino a 10mila euro chiunque, all'interno o nelle pertinenze di strutture sanitarie o socio-sanitarie residenziali o semiresidenziali, pubbliche o private, con violenza alla persona o con minaccia ovvero in occasione del delitto previsto dall'articolo 583-quater (lesioni personali a un pubblico ufficiale in servizio di ordine pubblico in occasione di manifestazioni sportive, nonché a personale esercente una

professione sanitaria o socio-sanitaria e a chiunque svolga attività ausiliarie ad essa funzionali), distrugge, disperde, deteriora o rende, in tutto o in parte, inservibili cose destinate al servizio sanitario o socio-sanitario.

L'ARTICOLO 2 prevede l'arresto obbligatorio in flagranza e, a determinate condizioni, l'arresto in flagranza differita per i delitti di lesioni personali commessi nei confronti di professionisti sanitari, socio-sanitari e dei loro ausiliari, nonché per il reato di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria. L'arresto può essere disposto nei confronti del soggetto identificato come l'autore del reato, sulla base di documentazione video-fotografica o di altra documentazione legittimamente ottenuta da dispositivi di comunicazione informatica o telematica che attestino, in modo inequivocabile, la realizzazione del fatto.

L'ARTICOLO 3 prevede che dall'attuazione delle disposizioni di cui al decreto-legge in esame non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e che le amministrazioni e le autorità interessate vi provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.



A questo link il testo integrale del decreto

gnosi che vengono riportate più frequentemente nei ricoveri ordinari con diagnosi di violenza sono relative a maltrattamento del bambino, abuso sessuale su minore, abuso di minore non specificato, osservazione per sospetto di abuso e trascuratezza.

- Per le donne di età maggiore o uguale a 18 anni le diagnosi che vengono riportate più frequentemente nei ricoveri ordinari con indicazione di violenza sono relative al maltrattamento di adulto non specificato, osservazione successiva ad asserita violenza carnale o seduzione, abuso sessuale di adulto e anamnesi personale di trauma psichico da violenza fisica.

LE CHIAMATE AL NUMERO DI PUBBLICA UTILITÀ 1522

Dai dati Istat relativi alle chiamate al numero 1522 Antiviolenza e Antistalking nei primi due trimestri 2024 è emerso che il numero delle chiamate ha avuto un incremento dell'83,5% (17.880 in termini di valori assoluti). Un incremento che si conferma anche nel secondo trimestre, pur se con minore intensità, con il 57,4% pari a 15.109 chiamate valide.

In continuità con il 2023 e in aumento rispetto ai due trimestri di riferimento il tipo di violenza subita per circa la metà delle vittime è quella fisica (39,8% nel primo trimestre e 42,9% nel secondo), seguita da quella psicologica (rispettivamente 37,9% e 36,7%).

Considerando inoltre i casi di vittime che hanno subito due o più tipi di violenze è la violenza psicologica ad essere subita in forma rilevante.

Osservando il totale delle violenze subite, oltre alle violenze fisiche e psicologiche sono le minacce e gli atti persecutori a costituire le forme maggiormente diffuse, che conferma il ruolo di contrasto svolto dal servizio nei confronti dello stalking. Di rilievo anche le chiamate per violenza economica.

La violenza riportata al 1522 è preminentemente di tipo domestico: nei tre trimestri del 2023 il (74,3%) ha dichiarato che il luogo della violenza è la propria casa. Questo spiega l'elevata percentuale dei casi di violenza assistita. La percentuale di vittime che dichiara che i propri figli hanno assistito e subito la violenza è del 18,9%, mentre nel 32,3% di casi i figli la hanno solo assistita.

I tre quarti delle vittime che si rivolgono al servizio non denuncia a violenza subita alle autorità competenti (il 70,9%) e i motivi della mancata denuncia si devono principalmente alla paura e alla paura della reazione del partner violento (28,2%).

ALLATTAMENTO MATERNO



Allattamento

NEI PUNTI NASCITA ITALIANI

POSITION STATEMENT

SULLA PATOLOGIA DELLA MAMMELLA E LATTAZIONE. L'IMPEGNO DI SIGO/AOGOI



RICCARDO DAVANZO
Pediatria-neonatalogo,
Trieste,
Centro di Ricerca sulla
Nutrizione, Università
dell'Insubria, Varese
Presidente del Tavolo
Tecnico Allattamento (TAS)
del Ministero della Salute,
Presidente della
Commissione Allattamento
della Sin

IL PROGETTO POLICY AZIENDALE ALLATTAMENTO (PAA)

PERCHÉ QUESTO PROGETTO?

La situazione epidemiologica dell'allattamento in Italia è sub-ottimale sia per quanto riguarda l'avvio dell'allattamento rilevato alla dimissione ospedaliera da una survey ministeriale (*consulta il link al qr in questa pagina*), sia in termini di allattamento esclusivo nel corso dei primi 6 mesi dal parto (Tabella 1). Visti i benefici di salute per madre e bambino, nonché quelli economici ed ecologici, i professionisti d'area perinatale, in considerazione del loro ruolo e della loro influenza, sono chiamati a promuovere l'allattamento nelle strutture sanitarie, in particolare nei Punti Nascita.

Per un'efficace promozione dell'allattamento nei Punti Nascita tuttavia è essenziale che le Direzioni Aziendali, sensibilizzate e d'intesa con i respon-

sabili clinici ed i coordinatori d'area materno-infantile, assumano una chiara e ben definita posizione nei confronti della promozione dell'allattamento, definendo una Policy Aziendale ad hoc che sia diffusamente nota e condivisa, informando l'utenza e formando e/o informando tutto il personale sanitario (1). L'approvazione formale di una policy fa sì che l'azione del team assistenziale sia sostenuta concretamente e costantemente dai decisori. La policy ha lo scopo di orientare gli operatori sanitari nella pratica quotidiana di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento, non solo a livello individuale, ma anche a livello organizzativo e nel lavoro integrato in team (2), evitando o riducendo al massimo contraddizioni e disomogeneità di linguaggio e di consigli, che possono ostacolare l'avvio dell'allattamento. È sembrato quindi opportuno attivare un'iniziativa di promozione dell'allattamento, che riguardi i professionisti direttamente coinvolti nell'assistenza alla coppia madre-neonato (in partico-



Link al documento sulla survey nazionale

TABELLA 1

Dati epidemiologici disponibili in Italia per il 2022 sul tasso di allattamento esclusivo in dimissione dai Punti Nascita ed a 1-3-5-6 mesi dopo il parto. Si tratta di dati relativi a Province Autonome o Regioni che effettuano un monitoraggio o derivati da una Survey del Ministero della Salute (2014)

	Nel punto nascita	1 m	3 m	5 m	6 m
Friuli-Venezia Giulia (Fonte: RER, Settembre 2022)	75 %	-	-	48 %	30 %
PA Trento (Fonte: RER, Settembre 2022)	71 %	69%	67%	-	19%
Toscana (Fonte: RER, Settembre 2022)	74%	66%	61%	-	16%
Emilia Romagna (Fonte: RER, Settembre 2022)	-	-	57%	44%	-
Italia (Fonte: Survey 2014 del TAS, Ministero della Salute)	20-97 %	-	-	-	-
Pool di Regioni (Fonte: Sorveglianza o-2, ISS 2022)	-	-	47 %	30 %	-

Logo che identificherà il raggiungimento degli traguardi indicati dal Progetto PAA

**BOX 1**

Gruppo di Lavoro multidisciplinare Nazionale sulla PAA (GdL-N-PAA)

Coordinatori:

- **Riccardo Davanzo**, Commissione Allattamento e BLUD della Società Italiana di Neonatologia (SIN)(Com.A.SIN)
- **Guglielmo Salvatori**, Tavolo Allattamento della SIP (Tavolo Allattamento della SIP)

Membri:

- **Mariella Baldassarre**, SIN
- **Elena Scarpato**, SIP
- **Fabio Mosca**, Presidente SINUPE
- **Irene Cetin**, SIGO
- **Elsa Viora**, Past Presidente AOGOI
- **Denis Pisano**, Presidente SININF
- **Marisa Bonino**, Presidente e Elia Carbone, SIPINF
- **Patrizia Proietti e Cristina Panizza**, FNOPO
- **Angela Capuano**, FNOPI
- **Martina Bruscaignin**, Presidente, Vivere Onlus

TABELLA 2

Criteri per il riconoscimento di Punto nascita per l'allattamento

1. **Disporre di un GdL-L-PAA multidisciplinare** (almeno 1 ostetrico-ginecologo, 1 ostetrica, 1 neonatologo o pediatra, 1 infermiera)
2. **Disporre di un'appropriata policy** sull'allattamento.
3. **Formazione mediante corso strutturato** (FAD o in presenza) di medici ginecologi/ostetriche; ostetriche/ci, pediatri/neonatologi, infermiere/i in servizio nell'area perinatale dell'Ospedale. La formazione delle OSS non è condizionante l'accreditamento, ma è fortemente raccomandata.
4. **SSC (pelle a pelle)** nel corso delle prime 2 h dopo parto vaginale (EG \geq 37 sett.) per una durata complessiva di almeno 1 ora
5. **Rooming-in estensivo** (almeno di 20/24 h) dei neonati con EG \geq 37 settimane e PN \geq 2500 gr
6. **Disporre dei protocolli aziendali** pertinenti in maniera diretta (gestione dell'ingorgo, spremitura del latte dal seno, ecc...) o indiritta (rooming-in, contatto pelle a pelle al momento del parto, fototerapia, prevenzione dell'ipoglicemia in neonati a rischio, ecc...) all'allattamento richiesti dal Progetto PAA
7. **Implementazione del monitoraggio** sull'allattamento con tasso di allattamento materno esclusivo (EG \geq 37 sett. e PN \geq 2500 gr) con confronto di un quadrimestre fra 2023 e 2024

TABELLA 3

Punti Nascita aderenti al Progetto PAA in rapporto ai Punti Nascita italiani censiti dalla Società Italiana di Neonatologia nel 2019 (Libro Bianco). Aggiornamento a settembre 2024.

Area geografica	Numero totale di Punti Nascita (2019)	Punti Nascita aderenti al Progetto PAA (Settembre 2024)	Percentuale d'adesione
Nord	172	81	47.1%
Centro	79	12	15.2%
Sud e Isole	160	15	9.4%
Totale	411	108	26.3%

TABELLA 4

I dati essenziali sull'allattamento dei Punti Nascita aderenti al Progetto PAA e relativi al 2023.

	Percentuale
Presenza di un Gruppo di Lavoro multidisciplinare aziendale o ospedaliero sull'allattamento	96.6%
Presenza di una Policy Aziendale sull'Allattamento	48.2 %
Ospedali che praticano il contatto pelle a pelle nei nati a termine, sani solo dopo parto vaginale	43.8 %
Ospedali che praticano il contatto pelle a pelle nei nati a termine, sani sia dopo parto vaginale, che dopo TC	51.7 %
Neonati che fanno il contatto pelle a pelle alla nascita	76.9 %
Rooming-in di almeno 20/24 h fra mamma e bambino nei nati a termine, sani, di buon peso	83.4%
Tasso di allattamento esclusivo alla dimissione dal Punto nascita (Definizioni OMS del 1991)	69.1 %
Formazione con corsi strutturati in allattamento dello staff del settore materno-infantile (Ginecologi ed Ostetrici, Pediatri, Neonatologi, Ostetriche, Infermiere e OSS)	56.2 % (32.7 % fra i medici G&O)

lare: ostetrica, infermiera, ginecologo-ostetrico, pediatra/neonatologo).

Le Società scientifiche (Aogoi, Sigo, Sin, Sip, Sinupe, Sininf, Sipinf) e le Federazioni degli Ordini professionali (Fnopo, Fnopi), d'intesa con Vivere Onlus, federazione di associazioni di genitori, hanno quindi proposto l'applicazione di una policy sull'allattamento a tutti i Punti Nascita italiani ed avviato un progetto di implementazione di misure di facilitazione dell'allattamento.

Il Progetto PAA o della Policy Aziendale sull'Allattamento, a differenza dell'Iniziativa Ospedale Amico delle Bambine e dei Bambini dell'Unicef, prevede una gestione da parte di un gruppo tecnico multidisciplinare nazionale (Box 1), un'autovalutazione dei progressi raggiunti da parte dei singoli Punti Nascita, l'assenza di costi di adesione a carico della periferia.

L'adesione implica un atto amministrativo da parte della Direzione Strategica aziendale con l'impegno a raggiungere una serie di obiettivi (Tabella 2), che consentiranno di attribuire al singolo Punto Nascita il certificato di "Punto Nascita per l'Allattamento".

RISULTATI PRELIMINARI

Il Progetto sulla Policy Aziendale in Allattamento (PAA) avviato ad inizio 2023 è attualmente attivo in 108 Maternità (il 27 % di tutti i Punti Nascita italiani), con una netta prevalenza però dei Punti Nascita del Nord (3/4 del totale) rispetto a quelli del Centro-Sud ed Isole (Tabella 3). Ad inizio del Progetto PAA sono stati raccolti dati che illustrano la situazione allattamento nei Punti Nascita prima del previsto pacchetto di interventi (*bundle intervention*) finalizzati a promuovere l'allattamento (Tabella 4)(3).

Infine i protocolli assistenziali relativi all'allattamento sono disponibili in misura ridotta.

BIBLIOGRAFIA

1. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, Siebelt L, Haggi H, McFadden A. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: a systematic review. *Int Breastfeed J.* 2017 Feb 2;12:6. doi: 10.1186/s13006-016-0097-2
2. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, Harrel C; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #7: Model Maternity Policy Supportive of Breastfeeding. *Breastfeed Med.* 2018 Nov;13(9):559-574.
3. Davanzo R, Salvatori G, Baldassarre M, Cetin I, Viora E, Scarpato E; "HPB Project" Working Group. Promotion of breastfeeding in Italian Maternity Hospitals: a pre-intervention study. *Ital J Pediatr.* 2024 Oct 25;50(1):219. doi: 10.1186/s13052-024-01793-9. PMID: 39456093; PMCID: PMC11520110

CONCLUSIONI

I dati raccolti dipingono un quadro subottimale relativo all'allattamento, anche in considerazione del fatto che il campione di neonati è fatto da individui sostanzialmente sani, che avrebbero potuto essere allattati al seno in maggior misura e gestiti più frequentemente con la pratica del contatto pelle a pelle e nel *rooming-in*. Una parte di responsabilità ce l'ha lo scarso investimento formativo in allattamento da parte dello staff perinatale.

Va peraltro sottolineato come i Punti Nascita aderenti al Progetto PAA rappresentano con ogni probabilità un gruppo selezionato, caratterizzato da una maggior motivazione e da migliori performance nelle pratiche postnatali favorevoli la relazione madre-bambino e l'allattamento. E' quindi possibile che i 3/4 delle Maternità italiane che non hanno aderito al Progetto PAA presentino in realtà dei tassi di allattamento anche inferiori ed una minor diffusione delle pratiche postnatali appropriate.

È quindi obiettivo del Progetto PAA quello di promuovere l'allattamento nei Punti Nascita. L'efficacia del progetto potrà essere indicata dal confronto dei dati raccolti a fine progetto (2024) con quelli pre-intervento (2023).

CORSO FAD SULLA PATOLOGIA DELLA MAMMELLA IN ALLATTAMENTO

L'ALLATTAMENTO MATERNO ha una importanza fondamentale per la salute della donna e del bambino e rappresenta una risorsa per la famiglia, la società e per l'ambiente:

- è in grado di condizionare fin dalle prime ore di vita la salute del bambino allattato, ed influenzare, dato il suo ruolo epigenetico, ad influenzare la salute nell'età adulta attraverso la prevenzione di malattie che si potrebbero sviluppare negli anni successivi;
- ha un importante ruolo per la salute della mamma sia a breve termine (minore incidenza di depressione materna, migliore relazione con il neonato) sia a medio-lungo termine (minore incidenza di neoplasie).
- Per tali motivi la promozione dell'allattamento al seno viene oggi inquadrata come vera e propria attività di prevenzione ed è entrata di diritto tra gli obiettivi specificamente previsti dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025 che mira al raggiungimento degli obiettivi dell'agenda 2030 delle Nazioni Unite.

L'allattamento va quindi sostenuto per la salute di mamma e neonato e vanno eliminate tutte le possibili cause che possono portarne ad una interruzione: il dolore, qualunque sia la situazione che lo provoca, è tra le principali cause di sospensione dell'allattamento.

Le donne si riferiscono al medico ginecologo, all'ostetrica in ambulatorio o in pronto soccorso per la diagnosi e per la terapia di dolore durante la lattazione.

Le patologie della mammella in allattamento possono assumere gradi di complessità più o meno importanti e possono influenzare la maternità a volte in modo drammatico, in quanto la sospensione precoce dell'allattamento può indurre un aumento della depressione in puerperio e difficoltà di relazione con il neonato.

Per tutti questi motivi, riteniamo che le competenze dei medici ginecologi e di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso perinatale debbano necessariamente comprendere anche la gestione della patologia della mammella al fine di tutelare la salute della donna e del neonato.

Peraltro questo concetto era ampiamente compreso nel documento del Tavolo di lavoro ministeriale sull'allattamento (TAS) pubblicato a maggio 2020 proprio su "La formazione del personale sanitario sull'allattamento" scaricabile dal sito del Ministero (*vedi Qr code*).

Come ben sappiamo, non sempre l'argomento "allattamento" è trattato in modo adeguato nel percorso formativo del personale sanitario ed è quindi indispensabile che vi sia una attività di formazione ed aggiornamento anche dopo il conseguimento del titolo accademico.

Le Società scientifiche, insieme agli Ordini e alle Associazioni professionali, hanno un ruolo autonomo nell'ambito dell'aggiornamento e della formazione degli operatori sanitari, ruolo che può e deve integrarsi con l'attività didattica delle Università.

Il TAS, nel rispetto di tali ruoli e funzioni, ha elaborato raccomandazioni sulla formazione in allattamento congiuntamente a varie Società scientifiche, Ordini ed Associazioni professionali e



È e deve essere sempre di più un punto centrale della salute della mamma e del neonato. Storia ed esperienza di Sigo/Aogoi

quindi, riconoscendo il bisogno di migliorare la formazione sull'allattamento, con il documento del 2020 ha inteso

- **DEFINIRE I BISOGNI FORMATIVI** minimi in tema di allattamento delle varie figure professionali sanitarie
- **INVITARE I RESPONSABILI** della formazione universitaria e dell'aggiornamento in medicina (percorso Ecm) a recepire queste raccomandazioni e ad implementare i conseguenti programmi formativi in allattamento.

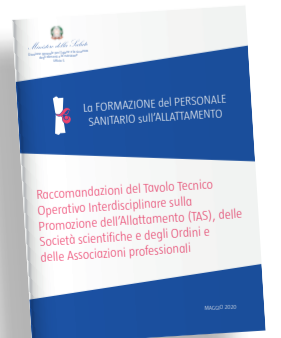
Come società scientifiche di Ostetricia e ginecologia (Sigo e Aogoi) ci eravamo assunte l'impegno di organizzare un Corso FAD al fine di diffondere maggiore cultura, di fare informazione sulla patologia della mammella durante l'allattamento. Su questo tema la soluzione pare sempre essere "smetta di allattare".

Siamo volute andare oltre questa frase fatta, questa abitudine clinica spesso utilizzata senza una vera cognizione di causa.

Così abbiamo organizzato un corso FAD su "La patologia della mammella in allattamento" per fornire a tutti gli operatori sanitari coinvolti gli strumenti per poter offrire alle donne un percor-



Link al documento
"La formazione del
personale sanitario
sull'allattamento"
del Ministero della salute



ELSA VIORA



PAOLA PILIERI
Ginecologa



IRENE CETIN
Fondazione Irccs
Cà Granda, Ospedale
Maggiore Policlinico
e Università degli Studi
di Milano



GRAFICO 1
Rilevanza

Il 99% dei partecipanti ha ritenuto "molto rilevante/più che rilevante/rilevante" la rilevanza dell'argomento rispetto alle proprie necessità di aggiornamento

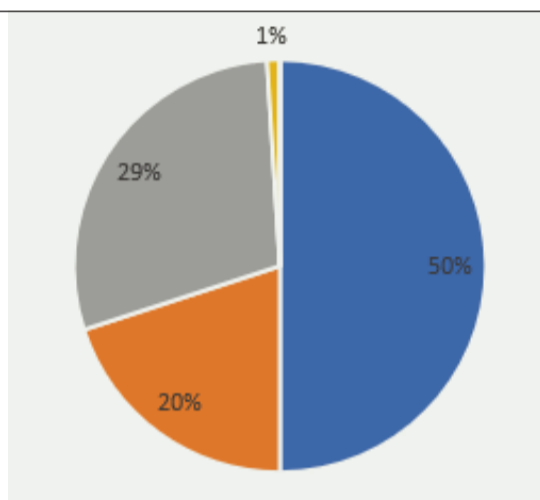


GRAFICO 2
Qualità

92% dei partecipanti ha valutato come "buona/eccellente" la qualità educativa del corso

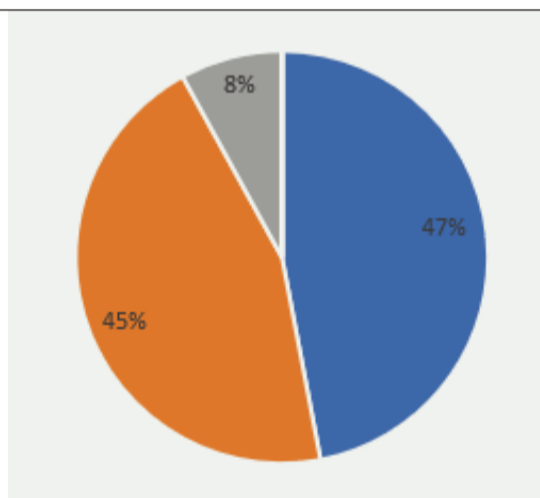
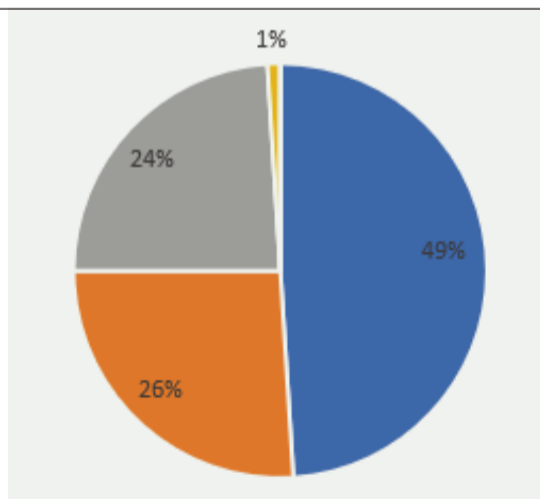


GRAFICO 3
Utilità

Il 99% dei partecipanti ha ritenuto "utile/più che utile/molto utile" il corso per la propria formazione/aggiornamento



so diagnostico e terapeutico adeguato.

Il corso era gratuito, con crediti Ecm ed è stato attivo on-line dal 28 febbraio 2023 al 27 febbraio 2024, aperto non solo ai medici specialisti in ginecologia e ostetricia e alle ostetriche, ma a molte altre figure professionali (medici anestesisti, pediatri, chirurghi generali e toracici, internisti, medici di famiglia, radiologi; infermieri, infermieri pediatrici, biologi, tecnici di radiologia e tecnici di laboratorio, assistenti sanitari).

Il corso aveva come obiettivo far conoscere

- **LA FISIOPATOLOGIA** della lattazione e come questa possa riflettersi nelle buone pratiche quotidiane che si applicano in gravidanza e al parto nell'assistenza alla diade mamma-bambino
- **LE TECNICHE** a disposizione per la diagnosi ed il trattamento delle patologie della mammella, con focus specifici sulla terapia medica e le resistenti antibiotiche
- **LA GESTIONE** di patologie come mastite e ascesso e la diagnosi differenziale del dolore in allattamento
- **COME TRASFERIRE** le conoscenze teoriche e pratiche in azioni organizzative per favorire

un percorso dedicato alla diade mamma e bambino che comprende un gruppo multidisciplinare di professioni per accompagnarla durante questo momento.

Il programma del corso ha previsto lezioni su:

- **IL RUOLO DELL'ALLATTAMENTO** materno nei primi mille giorni
- **FISIOLOGIA DELLA LATTAZIONE** e come applicarla nella pratica
- **PREVENIRE LA PATOLOGIA** della mammella: dalla gravidanza alla sala parto ai primi giorni

- **L'ATTACCO AL SENO:** saper osservare mamma e bambino
- **IL DOLORE IN ALLATTAMENTO** e la mastite: diagnosi e terapia
- **ASCESSO MAMMARIO:** trattamento medico, chirurgico e conservativo
- **LA MICROBIOLOGIA** nella mastite e nell'ascesso: agenti patogeni e tecniche per diagnosticarli
- **IL RUOLO DELLA DIAGNOSTICA** per immagine nella diagnosi differenziale in allattamento
- **L'IMPORTANZA** della policy aziendale e delle politiche ministeriali per costruire percorsi aziendali specifici per le donne che allattano

I numeri ci hanno dato ragione: gli iscritti al corso sono stati 46.561 e di questi 39.196 hanno superato il test finale e quindi conseguito i crediti Ecm.

Sono numeri veramente eccezionali che documentano il grande interesse dei nostri colleghi, delle nostre colleghe anche di ambiti lavorativi non prettamente ostetrico-ginecologi.

I risultati del questionario dimostrano che c'è da parte di tutti gli operatori un grande bisogno e grande voglia di aggiornamento sull'allattamento, ora non ci resta che continuare su questo percorso e considerare il Corso FAD del 2023 -2024 solo il primo passo.

L'allattamento è e deve essere sempre di più un punto centrale della salute della mamma e del neonato.

Affinché l'allattamento torni ad essere una pratica diffusa sono fondamentali due componenti, tra loro complementari:

- 1 **CHE NOI PROFESSIONISTI** siamo aggiornati sull'argomento, che dedichiamo tempo all'informazione fin dalla gravidanza e che diamo tutti, ognuno per le proprie competenze, informazioni coerenti
- 2 **CHE LE DONNE SIANO** correttamente informate e siano consapevoli che l'allattamento è uno strumento di salute sia per la mamma sia per il neonato

Per ottenere risultati efficaci è indispensabile unire competenze medico-scientifiche e capacità relazionali: nel sostegno all'allattamento questo è più che mai vero.

CI AUGURIAMO che il grande successo numerico del nostro Corso abbia portato anche a migliorare le conoscenze sull'argomento da parte non solo dei medici ostetrico-ginecologi a cui era principalmente rivolto, ma di tutte le figure professionali *in primis* ostetriche, infermiere pediatriche e pediatri, coinvolte nel percorso gravidanza-parto e quindi nell'assistenza a mamma e neonato.

Tutti noi medici, operatori sanitari abbiamo un unico comune obiettivo che è tutelare la salute di mamma e bambini: insieme ce la possiamo fare!

RAPPORTO MADRE/BAMBINO

IL DOCUMENTO
DEL MINISTERO
DELLA SALUTE



ROOMING-IN



Link al documento sul
rooming-in cui ha avuto
parte attiva anche l'Aogoi

Facilita la relazione mamma-bebé e l'allattamento

Il Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita, al quale ha partecipato anche l'Aogoi, fornisce indicazioni sulle buone pratiche assistenziali postnatali, che riguardano le coppie madre-neonato sani. Destinatari del documento sono le Direzioni Generali e Sanitarie delle Aziende Ospedaliere ed il personale sanitario d'area perinatale

BENESSERE DELLA COPPIA MADRE-BAMBINO e sicurezza del neonato: il *Rooming-in* (condivisione della stanza). Questo il titolo del documento a cura di Ministero della Salute - Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita coordinato da Maria Rosaria Campitiello Ufficio di Gabinetto del Ministro della Salute, tavolo al quale ha avuto parte attiva anche l'Aogoi.

Il rooming-in (raccomandato dall'Oms (Who 2017) e dall'Unicef nell'ambito dell'Iniziativa "Ospedale Amico dei Bambini e delle Bambine") prevede la permanenza e l'assistenza di mamma e neonato in una stessa stanza del Punto Nascita durante la degenza nei giorni successivi al parto da parte di figure professionali specificatamente identificate tra quelle previste nelle unità di degenza materno-infantili.

BENEFICI E LIMITI DEL ROOMING-IN In condizioni fisiologiche o a basso rischio il rooming-in costituisce uno standard assistenziale di riferimento che, col supporto e la supervisione del personale sanitario, risulta appropriato per la maggioranza delle coppie madre-neonato. La condivisione della stanza promuove non solo l'avvio dell'allattamento (Mc Loughlin 2019), ma più in generale la relazione mamma-neonato e l'attaccamento (bonding), avendo quindi un valore a prescindere dal tipo di alimentazione scelto dalla madre.

Inoltre, il rooming-in facilita la vantaggiosa colonizzazione con germi materni (García-Ricobaza 2021; Duale 2022), riduce il rischio di infezioni ospedaliere e promuove cure maggiormente individualizzate in risposta ai bisogni del neonato. Per la mamma il rooming-in rappresenta l'opportunità di un'esperienza immediata e diretta di accudimento. Il personale sanitario supporta la madre nell'accudimento del neonato, favorendo

gradualmente l'autonomia materna, in modo da promuovere la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali (empowerment). La condivisione della stanza da parte della diade consente inoltre una più facile e precoce identificazione di eventuali impedimenti o difficoltà nella gestione in autonomia del bambino, in modo da favorire una dimissione appropriata e protetta.

Il rooming-in può rappresentare per alcune donne un'esperienza impegnativa ed intensa, specialmente quando le condizioni generali fisiche e/o psicologiche non siano ottimali (Theo 2017). In questi casi l'équipe sanitaria, in maniera individualizzata e d'intesa con la madre, valuta l'applicabilità e la continuità del rooming-in. La presenza del partner (o di altra persona di fiducia) può contribuire in maniera determinante ad aiutare e sostenere la madre, dandole modo di accudire con maggior facilità il proprio bambino e consentendo quindi un'efficace implementazione e/o mantenimento della pratica del rooming-in.



VALUTAZIONE DEL BENESSERE DELLA MADRE Si calcola che 1 donna su 5 presenti una qualche forma di disagio psicologico durante la gravidanza o nel primo anno dopo il parto (Who 2022). Va precisato che per la maggior parte di queste donne, che soffre di sintomi minori, è sufficiente un sostegno non specialistico, che può essere fornito da familiari/amici o da personale sanitario non specializzato che ha proprie competenze di base, le quali, se subottimali, vanno opportunamente consolidate (WHO 2022). Dal momento che la fragilità della donna spesso non viene dichiarata o non viene riconosciuta, il personale che assiste la donna durante la gravidanza, il parto ed il post partum (in prima battuta, ma in maniera non esclusiva la/il ginecologa/o e/o l'ostetrica/o) ha la possibilità di fare uno screening mediante semplici strumenti o, nei casi più rilevanti, chiedere una specifica consulenza psicologica.

IN MERITO ALLO SCREENING DELLA PATOLOGIA DEPRESSIVA, che rappresenta la patologia mentale più rilevante in termini epidemiologici e di impatto socio-economico, le linee guida del National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2014) raccomandano per contesti non dotati di specifica competenza nell'ambito della salute mentale, le due domande di Whooley (Guidomei 2019): 1. "Durante l'ultimo mese si è sentita spesso giù di morale, depressa o senza speranze?". "Durante l'ultimo mese ha provato spesso poco interesse o piacere nel fare le cose?" In casi di sospetto di uno stato depressivo va richiesta la consulenza dello specialista della salute mentale (psicologo ospedaliero e/o territoriale, eventualmente psichiatra). Nonostante la negatività di un'accurata anamne-

si psico-sociale e dello screening effettuato in gravidanza, la/il ginecologo/a e/o l'ostetrica/o avranno la possibilità di verificare al momento del parto e nel puerperio il benessere emotivo della donna, avvalendosi al bisogno degli specialisti, che si occupano di salute mentale in epoca perinatale e in particolare della/o psicologa/o aziendale e/o dello psicologo dell'area materno-infantile. Il rooming-in e l'allattamento esclusivo a richiesta rappresentano pratiche da promuovere, ma va riconosciuto che talora possono slantizzare un disagio emotivo e/o disturbi psichici che dovrebbero essere prontamente identificati, fornendo sostegno da parte del personale sanitario, per quanto di sua competenza, ed il necessario tempestivo trattamento (Ministero della Salute 2023).

IL DOCUMENTO PRESENTA ANCHE LE CONDIZIONI PER CUI IL ROOMING-IN DEBBA ESSERE ESCLUSO

ESCLUSIONE PER CAUSE MATERNE

- A MADRI IN CONDIZIONI DI DISAGIO** psico-sociale tale da non essere in grado di accudire adeguatamente il neonato, nonostante il supporto fornito dal personale sanitario (ospedaliero e/o territoriale) o dal partner/persona di fiducia;
- B MADRI IN CONDIZIONI GENERALI** di salute tali da non essere in grado di accudire adeguatamente il neonato, nonostante il supporto fornito dal personale sanitario (ospedaliero) o dal partner/persona di fiducia;
- C MADRI TRASFERITE** dall'Ostetricia e Ginecologia ad altra U.O. (Rianimazione, Chirurgia, ecc...);
- D MADRI** che, pur adeguatamente informate (in gravidanza e/o al parto) sui benefici del rooming-in, scelgono comunque di non usufruire di tale pratica.

ESCLUSIONE PER CAUSE NEONATALI:

- A NEONATI** non riconosciuti dalla madre;
- B NEONATI** di età gestazionale

Va inoltre chiarita la compatibilità col rooming-in di alcune specifiche categorie di neonati:

- A I LATE PRETERM** di 35-36 settimane EG potrebbero essere intesi come una categoria di neonati con una controindicazione relativa al rooming-in. Questi neonati infatti richiedono in generale un maggior impegno assistenziale e una sorveglianza più stretta, che impongono di valutare la sostenibilità assistenziale di una loro gestione in regime di rooming-in;
- B NEONATI A RISCHIO** di ipoglicemia o di infezione neonatale precoce. La necessità di effettuare in un neonato sano un monitoraggio glicemico per rischio di ipoglicemia o una sorveglianza a cadenze ravvicinate nelle prime 48 ore di vita per il rischio di early onset sepsis (EOS) possono essere agevolmente effettuate in corso di rooming-in.

ESCLUSIONE PER CAUSE ORGANIZZATIVE:

- A LE CONDIZIONI DI OSTACOLO** al rooming-in vanno limitate al massimo, tenuto conto che il rooming-in è uno standard assistenziale; b) queste condizioni di esclusione vanno chiaramente definite a livello del singolo Punto Nascita, sulla base dell'organizzazione locale, delle risorse umane disponibili, dei carichi di lavoro del personale ostetrico e infermieristico e dell'impossibilità di un'efficace ed efficiente integrazione delle loro attività nell'area di degenza delle puerpere.

MORTI PERINATALI

L'APPELLO DELL'ISS:

“SERVE UN SISTEMA DI SORVEGLIANZA NAZIONALE PER INCIDERE SUI FATTORI DI RISCHIO”

La prematurità rimane una delle principali cause delle morti perinatali, ma una sorveglianza nazionale di questi decessi può aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le morti prevenibili

Gli esperti Iss, hanno già testato la validità e sostenibilità della sorveglianza con un progetto pilota realizzato in 3 Regioni (Lombardia, Toscana e Sicilia). La richiesta è di estendere la sorveglianza a livello nazionale, “per poter mettere in campo interventi volti a prevenire i decessi evitabili stimati pari al 15,7% dei casi presi in esame dal progetto pilota, con forti differenze per area geografica”.

La prematurità rimane una delle principali cause delle morti perinatali, ma una sorveglianza nazionale di questi decessi può aiutare a migliorare la qualità dell'assistenza e ridurre le morti prevenibili.

Questo l'appello contenuto in una nota e lanciato in occasione della Giornata mondiale della prematurità del 17 novembre dagli esperti dell'Istituto Superiore di Sanità, che hanno già testato la validità e sostenibilità della sorveglianza con un progetto pilota realizzato in 3 Regioni.

Il progetto pilota SPitOSS, la sorveglianza della mortalità perinatale in 3 Regioni

La sorveglianza della mortalità perinatale (Italian Perinatal Surveillance System-SPitOSS), è stata avviata ufficialmente il primo luglio 2017: si trattava di un progetto pilota coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con tre regioni - Lombardia, Toscana e Sicilia - finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute.

Il progetto prevedeva la segnalazione dei casi di morte perinatale e la raccolta di informazioni relative alle modalità assistenziali e alle caratteristiche organizzative dei presidi dove si verificavano i decessi. Durante il periodo di sorveglianza pilota di due anni, sono stati notificati 830 decessi perinatali nelle tre regioni partecipanti, di cui 94 sottoposti a indagini confidenziali a livello regionale e nazionale. “Il sistema ha permesso di approfondire i casi segnalati, consentendo di identificare criticità cliniche e organizzative suscettibili di miglioramento”, riferisce l'Iss.

“Dopo l'esperienza del progetto pilota – sottolinea **Serena Donati**, direttrice del Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità – la Lombardia, una delle regioni coinvolte, ha deciso di proseguire il sistema di sorveglianza delle morti perinatali. L'Emilia Romagna ha da tempo un sistema di sorveglianza a livello regionale mentre non disponiamo di dati delle altre Regioni. La richiesta è di dar seguito al progetto pilota estendendo la sorveglianza a livello nazionale, per poter mettere in campo interventi volti a prevenire i decessi evitabili stimati pari al 15,7% dei casi presi in esame dal progetto pilota, con forti differenze per area geografica”. “A seguito della valutazione dell'efficacia e della sostenibilità del progetto pilota SPitOSS l'Istituto Superiore di Sanità ha ufficialmente raccomandato al Ministero della Salute di estendere la sorveglianza a livello nazionale, seguendo un modello simile al sistema di sorveglianza della mortalità materna coordinato dall'Iss”.

L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE DEGLI INFERMI DI BIELLA

LA SFIDA

Ridurre i tagli cesarei primari

Nell'ospedale di primo livello di Ponderano - Biella la sfida è ridurre il tasso dei tagli cesarei primari. Il lavoro di un'equipe di ostetriche, ginecologi, anestesisti e pediatri volto migliorare gli outcomes materno-fetali.

COME RIPORTATO IN LETTERATURA, il numero complessivo di tagli cesarei (TC) primari è in costante aumento (Angolile CM et al. Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. Health Sci Rep. 2023) a tal punto che, il suo contenimento, è diventato argomento di dibattito e di interesse internazionale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha indicato un range di riferimento per il tasso di taglio cesareo compreso tra il 10% e il 15%, ma l'esponenziale aumento di incidenza a livello globale, ha posto l'attenzione degli esperti e ha sottolineato la necessità di strutturare un approccio scientificamente fondato per il contenimento. L'accrescimento delle percentuali non interessa solo l'Europa, ma tutti i paesi industrializzati; tale attenzione si rende necessaria poiché l'incremento di tale numero, ove non necessario, aumenta esponenzialmente i rischi materno-fetali nel breve e lungo periodo.

Per quanto riguarda il panorama italiano i tassi si attestano in media al 35%, ma raggiungono anche picchi del 55% in alcune regioni (dati ISS aggiornati 2024). In quanto intervento chirurgico, infatti, il taglio cesareo, non è scevro da complicanze e, rispetto a un parto spontaneo, possiede maggiori rischi di insorgenza di eventi infettivi,

emorragici e aderenze pelviche che possono complicare le successive gravidanze come, ad esempio, le anomalie della placentazione: placenta accreta, percreta o scar pregnancy (Horgan R et al. Placenta Accreta Spectrum: Prenatal Diagnosis and Management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022).

Il parto vaginale permette in prima battuta un migliore adattamento del nascituro alla vita extrauterina preparato dalle contrazioni uterine; inoltre, attraverso il passaggio nel canale vaginale, il feto acquisisce il microbiota materno risultato in letteratura fattore protettivo per eventi infettivi ed immunitari (Coelho GDP et al. Acquisition of microbiota according to the type of birth: an integrative review. Rev Lat Am Enfermagem. 2021). Focalizzarsi sulla riduzione del numero di cesarei non necessari è diventato un tema centrale ed una priorità per molti operatori sanitari a livello nazionale ed internazionale.

L'ESPERIENZA DI UN OSPEDALE DI PRIMO LIVELLO

Le linee guida dell'Oms (2018) e nelle raccomandazioni di società scientifiche come Figo, Nice, Sigo enfatizzano approcci strutturati, includenti la formazione del personale sanitario, l'attuazione di protocolli condivisi, la collaborazione di ginecologi, ostetrici, anestesisti e neonatologi per la creazione di team multidisciplinari, oltre che il coinvolgimento attivo delle pazienti.

Nell'implementazione del progetto volto al contenimento del numero di tagli cesarei primario, il primo fondamentale passo verso il cambiamento è stato infatti educare il personale sanitario, medico e ostetrico. Un percorso formativo multi-

approccio, comprendente corsi intensivi e workshop dedicati, ha fornito strumenti per gestire e valutare complicazioni del travaglio, al fine di evitare la ricorrenza all'immediato espletamento del parto mediante taglio cesareo, ove non necessario. I principali temi delle riunioni e corsi effettuati sono stati volti, infatti, alla migliore stratificazione di rischio della donna, promuovendo, quando possibile, il travaglio fisiologico e l'auscultazione intermittente.

Un altro tema affrontato durante le sessioni formative, si è occupato della lettura del tracciato cardiocografico (CTG) secondo i principi di fisiopatologia per una corretta conoscenza dei diversi tipi di ipossia fetale.



BIANCA MASTURZO
Direttore SC Ginecologia ed Ostetricia



MICHELA MECOCELLI
Coordinatrice Ostetrica



ROSSELLA ATTINI
Responsabile Sala Parto



ELEONORA DALMASSO
Specializzanda Ostetrica e Ginecologia



Nell'implementazione del progetto volto al contenimento del numero di tagli cesarei primario, il primo fondamentale passo verso il cambiamento è stato infatti educare il personale sanitario, medico e ostetrico. Un percorso formativo multi-approccio, comprendente corsi intensivi e workshop dedicati

tinuo garantito dalle ostetriche, si sono dimostrati fattori estremamente efficaci nel ridurre il ricorso al taglio cesareo elettivo.

In parallelo a questo approccio inclusivo della donna, abbiamo spesso anche fatto i conti con consulenze specialistiche che davano indicazione al cesareo per patologia materna, senza tuttavia vere correlazioni tra problematiche materne e parto vaginale. Nonostante ciò, tramite il confronto, la formazione del personale e i colloqui con le donne, abbiamo valutato condizione per condizione la soluzione più sicura e raccomandabile per il benessere materno-fetale. Questo tipo di assistenza per le donne, con una capillare e personalizzata attenzione verso il loro vissuto, con un counseling informato e con un approccio di ascolto attivo delle loro paure, ha infatti permesso di ridurre il loro stress e migliorare l'esperienza del parto, come tuttavia già sostenuto ed evidenziato anche da numerosi studi presenti in letteratura (es. Vogel JP. Et al. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. Birth. 2021).



I RISULTATI

UNA VITTORIA A 360 GRADI

L'INTENSO LAVORO DI SQUADRA, la formazione e lo sguardo critico all'interpretazione dei CTG e alle manovre conservative effettuate durante il travaglio e/o il periodo espulsivo hanno dato i loro frutti, regalando grandi soddisfazioni e risultati sorprendenti. In seguito all'applicazione delle iniziative sopra descritte, il numero di tagli cesarei primari è drasticamente precipitato, passando dal 23% nel 2022 al 12% nell'anno successivo. La consapevolezza degli obiettivi raggiunti viene altresì rafforzata da buoni outcome fetali alla nascita. Dall'analisi dei risultati, si è potuto infatti osservare come gli eventi di acidosi ed ipossia fetale si siano ridotti tra il 2022 e il 2023. Anche il ricorso a parto vaginale operativo non ha registrato un incremento (stabile intorno al 5% circa in entrambi gli anni).

All'interno del periodo di analisi, si è registrato un significativo aumento sia del numero di parti vaginali dopo pregresso TC (23% VS 35%) sia del numero complessivo di parti (741 nel 2022, 815 nel 2023).

La speranza è che sempre più strutture adottino strategie che aprano la strada a una nuova era di nascite rispettose, sicure e in linea con le raccomandazioni Oms.

Durante i training gli operatori sono stati incoraggiati ad attuare in prima misura manovre conservative per la correzione dell'ipossia fetale, ad utilizzare dispositivi utili a migliorare la registrazione del battito cardiaco fetale quali l'elettrodo interno o il monitoraggio STAN, a valutare più accuratamente il tocogramma con la possibilità di rallentare il travaglio mediante l'uso di tocolitici. Un ulteriore passaggio fondamentale per la continua crescita riguarda il regolare svolgimento di briefing; durante questo momento il team si è occupato di approfondire la valutazione di traccianti e di gestione del travaglio o di espletamento del parto dei casi più complessi o rilevanti. In quest'ottica si sono rivisti e modificati i nostri proto-

colli, standardizzando il monitoraggio del travaglio e riducendo il ricorso ad interventi medici non necessari.

Si è posta molta attenzione alla stesura, discussione e condivisione del protocollo di induzione del travaglio di parto, che come in ogni Punto Nascita richiede un'attenta gestione, personalizzandola sulla risorse del personale ostetrico e medico. Un altro passo importante lo abbiamo compiuto insieme alle donne; infatti, l'informazione medica accurata dei pro e dei contro delle diverse opzioni, anche per quanto riguarda la possibilità e i rischi connessi al parto vaginale in seguito a pregresso taglio cesareo (Tolac), il loro coinvolgimento attivo nelle decisioni e il supporto con-

PRATICA CLINICA



VBAC

Il parto vaginale dopo cesareo

VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) è l'acronimo inglese entrato nell'uso comune per indicare il parto vaginale dopo un precedente parto cesareo. Da vari anni le raccomandazioni e le linee guida internazionali hanno evidenziato l'importanza di considerarlo come la prima opzione da offrire alle donne precesareizzate.

Nonostante queste evidenze, supportate da ampia letteratura e dalla esperienza clinica di centri di riferimento, abbiano dimostrato come la maggior parte delle donne possano affrontare con successo il parto vaginale dopo uno o più pregressi tagli cesarei, sono ancora alte le resistenze di molti operatori e strutture sanitarie nel consentire un sereno accesso alle donne che lo richiedono.

Da Programma Nazionale Esiti risulta un incremento crescente del VBAC, che è un indicatore di appropriatezza clinica, che va dall'8% del 2015 al 12% del 2023. Tali valori, però, restano ancora complessivamente molto bassi.



AGOSTINO MENDITTO
Responsabile U.O.
Ostetricia e Ginecologia
Clinica Mediterranea -
Napoli

I VANTAGGI DEL VBAC

Optare per un VBAC può offrire numerosi benefici rispetto a un parto cesareo ripetuto elettivo. Tra i principali vantaggi, si evidenziano:

- 1. RECUPERO PIÙ RAPIDO:** Il parto vaginale comporta generalmente un periodo di convalescenza più breve rispetto al cesareo, consentendo alla madre di riprendere le sue attività quotidiane e le cure per il neonato in tempi più rapidi.
- 2. RIDUZIONE DEI RISCHI CHIRURGICI:** Il cesareo, essendo un intervento chirurgico, comporta rischi di complicanze come infezioni, emorragie e aderenze. Evitarlo significa ridurre l'esposizione a questi rischi.
- 3. MINORI COMPLICANZE IN FUTURE GRAVIDANZE:** Studi dimostrano che il numero crescente di cesarei aumenta il rischio di complicanze nelle gravidanze successive, come la placenta accreta o il distacco di placenta.
- 4. ESPERIENZA DEL PARTO SPONTANEO:** Molte donne scelgono il VBAC per vivere l'esperienza del parto vaginale, considerata più fisiologica e meno invasiva.

QUALI SONO LE CANDIDATE AL VBAC

Il travaglio di parto può essere programmato e offerto, in assenza di controindicazioni specifiche, alla maggior parte delle donne con feto singolo in presentazione cefalica con un pregresso singolo taglio cesareo con incisione trasversale bassa a livello del segmento uterino inferiore, con o senza una storia di parto vaginale precedente.

QUALI LE CONTROINDICAZIONI

Le poche controindicazioni assolute sono un pregresso episodio di rottura d'utero e una incisione longitudinale o a T nel precedente taglio cesareo. Vi sono poi, ovviamente, tutte le classiche controindicazioni relative o assolute al parto vaginale, come le presentazioni anomale del feto o la placenta previa.

FATTORI DI SUCCESSO DEL VBAC

Le probabilità di successo di un VBAC si attestano tra il 70% e l'80%. Vi sono fattori anamnestici quali l'etnia caucasica, un BMI inferiore a 30 o un aumento di peso contenuto in gravidanza, l'insorgenza spontanea del travaglio, il peso neonatale inferiore a 4.000 g e l'indicazione al taglio cesareo pregresso diversa da distocia/arresto del travaglio, che sono associati ad una maggiore probabilità di successo, così come lo sono fattori intrapartum quali



l'insorgenza spontanea del travaglio e un punteggio di Bishop elevato all'ammissione. Fattori "sfavorevoli" possono essere un ridotto intervallo di tempo dal pregresso taglio cesareo, l'età materna maggiore di 40 anni, l'epoca gestazionale maggiore di 41 settimane, l'obesità, la macrosomia fetale, un punteggio di Bishop molto sfavorevole, il ricorso all'induzione o all'accelerazione del travaglio e le complicanze nel postoperatorio del pregresso taglio cesareo. È importante sottolineare che nessuno di questi fattori rappresenta una controindicazione al VBAC, ma in presenza di più fattori sfavorevoli la donna condivide la valutazione con un ginecologo esperto sull'opportunità di espletare il travaglio, soprattutto di fronte a condizioni ostetriche più impegnative quali, ad esempio, la necessità di dover procedere ad una induzione.

QUALI I RISCHI

Il rischio principale durante il travaglio in una donna precesareizzata è rappresentato dalla rottura d'utero. Tale possibile complicanza rappresenta forse il motivo principale per il quale molti ginecologi sono timorosi nell'affrontare l'assistenza a questo tipo di travaglio, ma il rischio reale è solo lo 0,5% e vi sono segnali che permettono di diagnosticarne per tempo l'insorgenza in maniera da poter ricorrere ad un taglio cesareo urgente.

DIAGNOSTICARE LA MINACCIA DI ROTTURA D'UTERO

Contrariamente a quanto si possa immaginare, la complicanza, rara, della rottura dell'utero durante il travaglio di una donna precesareizzata, in ge-

nera, non avviene durante la fase espulsiva, ma verso l'inizio della fase dilatante intorno a 3-4 cm di dilatazione cervicale. Ciò si spiega in quanto in presenza di una deiscenza della pregressa cicatrice isterotomica la parte presentata potrebbe prendere una falsa strada rimanendo bloccata in tale deiscenza che viene aumentata dalle contrazioni uterine a scapito della dilatazione cervicale che resta invariata.

I segnali per riconoscerla sono i seguenti:

- **DOLORE** sovrapubico intenso e persistente non correlato a modifiche della dilatazione
- **IMPROVISE** bradicardie prolungate
- **CESSAZIONE** improvvisa delle contrazioni in travaglio attivo
- **EMORRAGIA** in travaglio
- **LA PARTE PRESENTATA** resta alta e la dilatazione non procede in presenza di contrazioni valide e intense. Segnale ancora più allarmante è la risalita della parte presentata.

L'ultimo, in particolare, rappresenta un segno importante in virtù delle dinamiche precedentemente illustrate.

GESTIONE DEL TRAVAGLIO NEL VBAC

Il travaglio di una donna precesareizzata è da ritenersi fisiologico nel suo decorso e va gestito senza particolari ansie dall'equipe ostetrica e soprattutto senza trasmettere pressioni alla partoriente. La sorveglianza del benessere materno-fetale e della progressione del travaglio di parto è analoga a quelle delle altre partorienti a cui vanno aggiunti, secondo le linee guida,:

- **REGISTRAZIONE** cardiocografica continua;
- **POSIZIONAMENTO** di accesso venoso periferico di calibro adeguato;
- **DISPONIBILITÀ** di emogruppo;

Tali procedure vanno applicate nel momento in cui il travaglio diventa attivo con una dilatazione superiore ai 4 cm e contrazioni intense e regolari. Va considerato che si può verificare una fase prodromica con presenza di contrazioni che può avere una durata lunga che non va medicalizzata. Durante il travaglio, anche se il monitoraggio è richiesto in continuo, vanno sempre garantiti la libertà di movimento e il comfort della donna, condizioni che favoriscono in maniera importante il buon esito del parto. Si deve valutare regolarmente la progressione del travaglio poiché, come detto, la distocia è un fattore di rischio per la rottura d'utero. Il trattamento della distocia nella donna con pregresso taglio cesareo può prevedere amnioressi e infusione di ossitocina a bassi dosaggi (massimo 20 milliunità/minuto), con protocolli rigorosi in termini di modalità (pompe di infusione), monitoraggio dell'attività contrattile e incremento delle dosi.



Qualora la struttura di riferimento del ginecologo interpellato non avesse i requisiti o l'esperienza per offrire un VBAC, è obbligatorio indirizzare la donna verso un centro di riferimento, auspicandosi che l'assistenza al travaglio delle precesareizzate diventi presto una diffusa pratica di routine

PARTO IN ACQUA

Le precesareizzate hanno l'opportunità di travagliare e partorire in acqua senza alcuna restrizione rispetto alle altre gravide, usufruendo così dei notevoli benefici di questa modalità di parto. Una delle azioni più importanti del travaglio in acqua, oltre quella di fornire una analgesia "naturale", è l'azione sulla consistenza e la dilatazione del collo dell'utero che permette di ridurre la durata della fase dilatante. In una condizione come il travaglio di una precesareizzata, in cui è importante rimanere nell'alveo della fisiologia, l'immersione in acqua è una pratica sicura e raccomandata.

PARTO ANALGESIA

L'analgesia in epidurale può essere offerta come parte integrante dell'assistenza ostetrica alle donne precesareizzate che scelgono di travagliare e non costituisce un fattore di rischio causale per un eventuale insuccesso. L'analgesia non maschera i segni e i sintomi di rottura d'utero.

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO

L'induzione del travaglio è possibile nelle gravide precesareizzate. Il tempo di attesa può durare anche fino alla 42a settimana se i parametri di benessere materno-fetale lo consentano. Può essere anticipata in presenza delle altre indicazioni quali, ad esempio, il diabete gestazionale. L'utilizzo di prostaglandine aumenta il rischio di rottura di utero, pertanto sono di fatto controindicate. Ottimi risultati si possono ottenere con un balloon per la dilatazione cervicale che potrebbe da solo riuscire a far avviare il travaglio o comunque permettere un miglioramento del Bishop per praticare amnioressi e infusione di ossitocina a basse dosi per il prosieguo della procedura.

REQUISITI STRUTTURALI

Per poter affrontare in tranquillità l'assistenza al VBAC è richiesto che la sala operatoria per le urgenze si trovi allo stesso piano della sala parto o che in ogni caso sia agevolmente raggiungibile mediante percorsi dedicati. La possibilità di essere in grado di intervenire rapidamente rende gli operatori più sereni, in quanto sono consapevoli che l'esecuzione di un eventuale cesareo in urgenza è praticabile in tempi brevi.

PARTO SPONTANEO DOPO RIPETUTI TAGLI CESAREI

La gestione e l'andamento del travaglio di parto in una donna bicesareizzata segue sostanzialmente le stesse regole di quelle che hanno avuto un singolo taglio cesareo.



L'uso delle tecnologie nell'endoscopia ginecologica

CORSO FAD

28-03-2024 / 27-03-2025

RESPONSABILE SCIENTIFICO E RESPONSABILE
DELLA FORMAZIONE ECM AOGOI

Carlo Maria Stigliano

CREDITI
ECM

FACULTY

Armando Romeo
Giovanni Lipari
Stefano Cosma

CORSO ACCREDITATO

PER MEDICI SPECIALISTI IN:

Ginecologia e Ostetricia, Chirurgia Generale,
Anatomia Patologica, Anestesiologia
e Radiodiagnostica

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI



ISCRIVITI SUBITO

ecm.aogoi.it

GINECOLOGIA AL FEMMINILE

Donne che curano le Donne

Chi sono, e che cosa vogliono le ginecologhe oggi? A giudicare dal peso che esercitano e prospettivamente eserciteranno ancora, il bisogno di studiare il fenomeno era improrogabile, e l'occasione, il 99 esimo Congresso Sigo, estremamente appropriata



QUEST'ANNO al Sigo 2024 si è parlato di Donne che curano le Donne. Perché? Dopo molti anni spesi a conquistare spazi istituzionali e dignità nella professione di cura alle donne, dopo varie battaglie condotte insieme a colleghe/i, e accomunate/i dallo stesso disagio, è tempo di proporre un focus formativo specifico: il crescente numero di mediche che sempre più ogni anno scelgono la specializzazione Obgyn.

Chi sono, e che cosa vogliono le ginecologhe oggi? A giudicare dal peso che esercitano e prospettivamente eserciteranno ancora, e considerando che si sentiva l'assenza della loro voce distinta da altre professioni in ambito riproduttivo, o adulterata da bias di genere, il bisogno di studiare il fenomeno era improrogabile, e l'occasione, il 99 esimo Congresso Sigo, estremamente appropriata.

La discussione è nata nella programmazione del Congresso dall'idea di un appuntamento ad hoc (la omonima sessione Donne che curano le Donne) e non poteva che iniziare con una riflessione sulla storia delle specialiste formatesi negli anni 70-80, continuata poi con le colleghe delle generazioni successive, che appaiono animate dalle stesse elementari istanze di aiuto alle donne, di universalismo e di lotta alle ingiustizie.

IL QUADRO ATTUALE

Il momento di grave difficoltà in cui oggi versa la Sanità non aiuta, soprattutto a seguito del Covid-19, quando dappertutto è apparso che molti e pesanti passi indietro siano stati compiuti, anche riguardo alla salute dei curanti, in particolare nell'area perinatale. Il day after della pandemia, in cui i diritti faticosamente acquisiti sui nostri corpi sono stati cancellati in pochi giorni e non più ripristinati, avrebbe meritato di sentir risuonare l'antico disagio urlato nelle piazze e di fronte alle istituzioni negli anni 70. Allora una popolazione di specialiste, le prime nello scorcio della seconda metà del Novecento, complice un momento forse unico nella storia delle donne, ha avuto un impatto e una visibilità ancora oggi me-



SANDRA MORANO
Ginecologa, Ricercatrice a contratto Università degli Studi di Genova

morabile. E allo stesso tempo ha avviato in modo irreversibile i primi passi contro l'assioma della medicalizzazione della nascita. Ma c'è stato - e se si è ricordato il loro ingresso nei luoghi istituzionali della disciplina ostetrico-ginecologica - conquista non facile, né indolore -, mentre le lotte dentro e fuori gli ospedali, con le rivendicazioni personali e politiche, rispecchiavano, nelle manifestazioni degli anni Settanta, il malessere di una generazione.

GINECOLOGHE E SALA PARTO: UNA RELAZIONE IN-CERTA

Eppure, nonostante negli anni Duemila il numero delle ginecologhe avesse superato quello dei colleghi maschi, manca ancora loro una spinta a costruire una più *specificata e autorevole* mission professionale, in particolare, ma non solo, in Sala Parto. Per far sì che la loro presenza lasci un segno, influenzando i luoghi, le pratiche, le relazioni agite nella disciplina ostetrico-ginecologica, e la stessa relazione tra questa e le donne. Sembra cioè abbastanza chiaro che è arrivato il tempo di spostare l'obiettivo specifico sugli aspetti qualitativi della femminilizzazione della professione, in cui a un'alta presenza numerica non corrisponde ancora una riconoscibile identità e una riconosciuta differenza come donne e ginecologhe, potenziali madri e leader. Oggi c'è un esercito di professioniste in cammino, ma in quale direzione? E soprattutto, per quale battaglia? Quali sono i loro obiettivi? Ricalcano acriticamente quelli comuni a tutte le mediche (o professioniste in discipline Stem) che si risolvono nella assoluta ricerca di un generico replacement di posizioni apicali attraverso uno shift di genere? O invece, considerando le ragioni di una storica scelta di lavoro e di vita-così cruciale su sessualità e riproduzione, maternità e nascita, ritengono irrinunciabile la realizzazione di differenti mete, ispirazioni, culture? In questa prospettiva è necessario immaginare che tale transizione si prefiguri

come una trasformazione a tutto tondo nell'ambito del mondo delle cure: dalla formazione alla clinica, dalla organizzazione fino agli aspetti gestionali. Prospettiva ancora più urgente oggi che l'autorità femminile propagandata nel mainstream sembra discendere da un femminismo "preso in prestito" dalle politiche neoliberiste (la "neoliberalizzazione del femminismo") e identificarsi perlopiù con la promozione di modelli femminili che associano l'empowerment della donna alle vincenti strategie di mercato.

TRA PASSATO E FUTURO

I temi più discussi, come il binomio ginecologhe e sala parto, hanno a nostro avviso centrato l'anello storicamente più debole del progressivo protagonismo delle donne, oramai finalmente centrali come curanti sullo scenario istituzionale. Uno scenario, quest'ultimo, che a differenza di altre sub specializzazioni (la Medicina della Riproduzione, la Medicina Perinatale) hanno cercato di occupare, e modificare, ma da cui sono state spesso respinte, e in cui rimangono perennemente sulla soglia, non riconoscendo ancora a se stesse la piena cittadinanza, e, nonostante la potenzialità procreativa, sufficiente esperienza per muoversi in quei luoghi in completa autonomia e a proprio agio. Ancora in-certe nell'abbandonare l'immagine di specializzande "in casa d'altri" per vestire i propri panni, e costruire nuovi scenari, finalmente accoglienti per tutte.

In conclusione questa prima riflessione ha parlato delle e alle ginecologhe come possibili interpreti e portavoce di disagio e trasformazione, non solo nella professione di cura delle donne, ma nell'attuale sistema sanitario e formativo. Incontrarsi a discutere tra passato e futuro può rompere il permanente isolamento tra donne e stimolare la condivisione e l'interazione tra desideri e aspettative comuni.

STORIA DELL'OSTETRICA

Epifanio Ferdinando una perfetta sinergia tra lo studio teorico e l'applicazione clinica

Nella raccolta "Cento storie o osservazioni e casi medici" sono riportati racconti riguardanti i più svariati campi della medicina.

Tra questi, numerosi sono anche i casi clinici di Ginecologia ed Ostetricia: da giovani donne a termine di gravidanza decedute per emorragia, febbre o convulsioni ad anziane signore con incontenibili prolassi uterini o fastidiose infezioni



ANTONIO PELLEGRINO
Direttore U.O.C. di
Ostetricia e Ginecologia
Dipartimento Materno-
Infantile- Dipartimento
innovazione tecnologiche e
chirurgia robotica
Ospedale "A. Manzoni"
ASST Lecco

EPIFANIO FERDINANDO nacque a Mesagne, in Puglia, nel 1569. Dedicatosi sin da giovanissimo a studi sia umanistici che scientifici, ottenne nel 1594 la Laurea in Medicina e Filosofia. Padre di dieci figli, si dedicò tutta la vita alla cura degli infermi e all'insegnamento dell'arte medica, continuando a coltivare nel tempo libero la passione per l'astronomia, l'astrologia, la letteratura e la teologia. Ottenne presto successo per la precisione delle sue diagnosi e per l'estrema efficacia delle sue terapie, oltre che per la sua popolare benevolenza ed empatia, grazie alle quali curava anche i cittadini più poveri non richiedendo in cambio nessun compenso. Innumerevoli pazienti in tutta Italia invocarono il suo aiuto e altrettanti insigni colleghi medici (tra cui il medico personale di Papa Paolo V) chiesero il suo parere riguardo ai casi clinici più impegnativi. Epifanio raccolse tutta la sua pratica medica e le sue esperienze più complesse in numerosi libri, alcuni dei quali giunti fino ai giorni nostri. Morì a 69 anni, nel 1638, circondato dalla stima e dalla commozione di tutta la sua comunità.

Nella raccolta "Cento storie o osservazioni e casi medici" sono riportati racconti riguardanti i più svariati campi della medicina; tra questi, numerosi sono anche i casi clinici di Ginecologia ed Ostetricia: da giovani donne a termine di gravidanza decedute per emorragia, febbre o convulsioni ad anziane signore con incontenibili prolassi uterini o fastidiose infezioni.

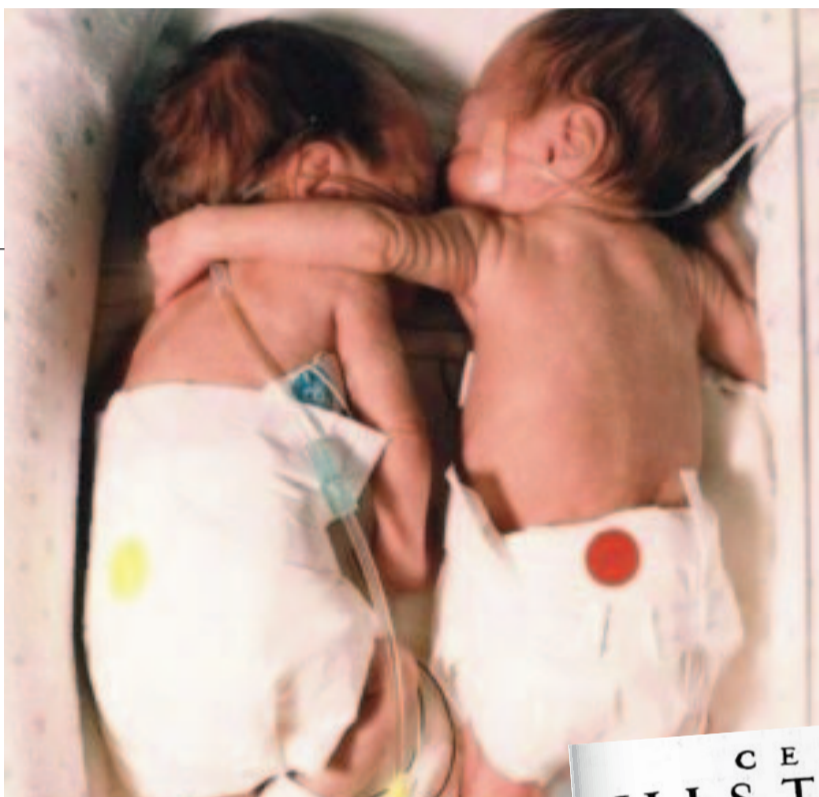
Tra le storie più commoventi bisogna citare senza dubbio quella di Beatrice Lupo, una ragazza di Mesagne alla sua prima gravidanza. Sin da subito sospettosa di "portare due gemelli in grembo per il volume del ventre", il 30 settembre 1613, dopo una giornata di brividi e febbre, partorì una bambina molto piccola ma viva. Data la mancata uscita della placenta, per non far soffrire la neonata, l'ostetrica tagliò il cordone ombelicale, lasciandolo sospeso fuori dai genitali esterni per tre giorni pieni, durante i quali "sopraggiunse un fortissimo senso di freddo, con febbre altissima, se-



EPIFANIO FERDINANDO

Medico, storico, filosofo
(Mesagne 1569-1638)

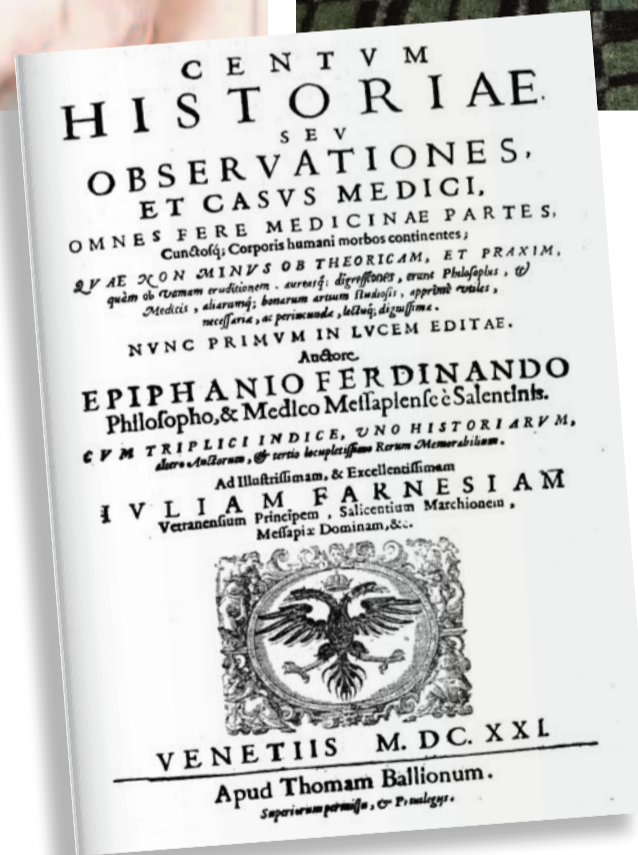
Ritratto in china realizzato
da C. Biondi.



te, inappetenza, vomito e abbondante sudorazione". Il quarto giorno partorì dunque Agrippino, "bellissimo bambino, da poco appena morto". Nel secondo parto, la donna espulse anche le due placente ed ebbe una grave emorragia, alla quale non riuscì a sopravvivere. Dopo pochi giorni, morì anche la prima neonata.

L'epoca in cui visse Epifanio è proprio quella in cui si iniziò a dedicarsi con più attenzione e cura all'arte dell'Ostetricia; considerata fino ad allora mestiere soltanto delle levatrici, tutte donne, si è evoluta sempre di più come un'arte medico-chirurgica, permettendo anche agli uomini di occuparsene. Divennero pian piano più note le pericolosissime complicanze insite nella gravidanza, nel parto e nel puerperio: le infezioni, le emorragie, i disturbi ipertensivi e metabolici, cause drammatiche di morbosità e mortalità materna e neonatale. Da disciplina puramente pratica, si è evoluta nel corso del medioevo e dell'epoca moderna in un ramo della Medicina con essenziali fondamenti teorici; si è reso necessario istituzionalizzare e perfezionare sempre di più la formazione dei professionisti, con la nascita di scuole dedicate all'istruzione di ostetriche e medici e con la creazione di spazi riservati all'accoglienza e alla gestione delle donne nel delicatissimo momento del parto.

Il parto dovrebbe rappresentare infatti uno dei momenti di massima gioia e realizzazione per la madre, coronamento della gravidanza e occasione di incontro con il proprio bambino, dal quale scaturisce uno dei più elevati esempi di amore viscerale ed innato che l'essere umano è in grado di sperimentare nel corso della propria vita. Storie come quelle raccolte da Epifanio sono testimonianza invece di un'epoca estremamente delicata e fragile per il benessere delle donne e dei



loro figli; si stima che circa una donna su tre morisse allora di parto e che addirittura sei neonati su dieci non arrivassero a compiere l'anno di vita. Il prezioso momento della nascita si poteva trasformare allora in una e vera propria tragedia, affrontata in completa solitudine dalla donna e con ripercussioni gravissime sulla sua salute o su quella del feto.

I progressi in Ostetricia, resi possibili anche grazie agli studi e all'esperienza di medici come Epifanio Ferdinando, hanno permesso invece il progressivo miglioramento delle risorse e della qualità delle cure offerte attualmente alle donne; l'Italia è infatti ad oggi uno dei paesi con la più bassa mortalità materna al mondo, in costante dimi-

“Centum historiae” di Epifanio Ferdinando (1569-1638)

nuzione negli anni (8.7/100mila casi nel 2022, con suicidio e patologie cardiovascolari come cause predominanti).

Risulta però necessaria un'ultima considerazione; gli episodi raccontati da Epifanio, che possono sembrare a noi ormai storie passate, inimmaginabili, quasi irreali per il nostro concetto di cura in Ostetricia, sono invece ancora realtà quotidiane in numerosi Paesi del mondo. Si stimano globalmente circa 800 morti al giorno, corrispondenti ad una donna morta di parto ogni due minuti. Questi eventi si verificano soprattutto nei Paesi a più basso reddito e con accesso ridotto o nullo a cure di

qualità (il 70% dei casi totali in Africa subsahariana). Questi esempi ci permettono dunque di riflettere sulla preziosità e l'essenzialità delle cure in Ostetricia, l'unica disciplina medica da cui dipendono la sopravvivenza e la qualità di vita di due persone; solo attraverso la ricerca, l'attenzione e la collaborazione quotidiana, continua e incessabile è possibile fornire alle donne un'assistenza sempre migliore e in grado di ridurre sempre di più la morbi-mortalità materno-fetale.

NUOVE TECNOLOGIE

IA

L'intelligenza artificiale in ostetricia. Nuove tecnologie per la prevenzione del parto prematuro

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE (IA) sta determinando una vera rivoluzione nel rapporto medico paziente in vari ambiti della sanità.

L'IA permette una migliore gestione del paziente mediante lo sviluppo di tecnologie portatili che permettono di acquisire in tempo reale dati sensibili, utili al controllo ottimale di specifici parametri clinici, basti pensare all'approvazione nel 2017 da parte del FDA di uno smartwatch per la diagnosi delle fibrillazioni o ai sistemi di rivelamento della glicemia e contemporaneo aggiustamento dei dosaggi di infusione di insulina per il diabete; l'IA rende più agevole il lavoro anche dei clinici, grazie alla capacità di interpretare immagini, referti e grossi dataset, in maniera automatica e intuitiva, migliorandosi analisi dopo analisi; e ancora, beneficia il sistema sanitario e il funzionamento delle aziende ospedaliere stesse, grazie al miglioramento delle flow chart diagnostico-terapeutiche e al miglioramento della gestione costi-benefici dei pazienti; infine implementa la ricerca scientifica, grazie alla possibilità di analizzare in tempi minimi moli ingenti di dati che risulterebbero impossibili da valutare se non con tempi lunghissimi.

NUMEROSI SONO GLI STRUMENTI UTILIZZATI DALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE. L'IA sfrutta il sistema *deep learning* ovvero un sistema di input digitalizzati, come immagini o parole, che procedono

attraverso multipli strati di neuroni che progressivamente si collegano tra loro e rimandano un output. Topol (Topol EJ. High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. Nat Med. 2019 Jan;25(1):44-56) lo paragona a un club sandwich, dove gli strati di pane rappresentano l'input e l'output e gli strati centrali rappresentano i layers neuronali nascosti, il cui numero è dipendente dalla numerosità del database.

Altro strumento utilizzato dall'IA è il *cognitive computing*, ovvero l'apprendimento autonomo basato su pattern di riconoscimento. Mima il processo mentale umano con l'obiettivo di creare modelli computerizzati automatici che possano risolvere problemi senza l'assistenza dell'uomo. Sono sistemi che si perfezionano da soli quanto più vengono utilizzati diventando ad ogni utilizzo più fini.

LA PRODUZIONE SCIENTIFICA IN MATERIA DI IA IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA è stata valutata da Dhombres (Dhombres et al. Contributions of Artificial Intelligence Reported in Obstetrics and Gynecology Journals: Systematic Review. J Med Internet Res. 2022 Apr 20;24(4):e35465) che ha notato una distribuzione omogenea nell'esplorazione dell'IA nelle varie branche della materia, in particolare in medicina fetale, medicina della riproduzione, ginecologia oncologica e ostetricia.



DARIO COLACURCI

Rappresentante degli specializzandi in AGUI
Specializzando di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II



GABRIELE SACCONI

Professore di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II

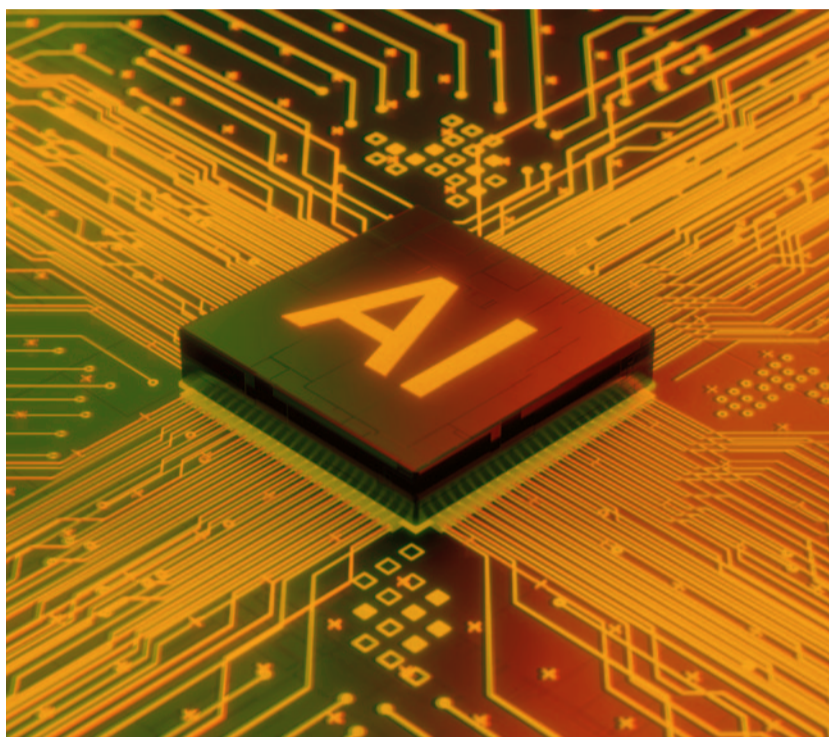


GIUSEPPE BIFULCO

Professore di Ginecologia ed Ostetricia dell'Università degli Studi di Napoli Federico II

Gli anni 2000 sono stati il momento in cui l'IA si è iniziata a diffondere ed è iniziata la crescita esponenziale della produzione scientifica in materia.

LA MINACCIA DI PARTO PRETERMINE ancora oggi risulta essere uno dei principali problemi in termini di mortalità e morbilità fetale. Al contempo, spesso, si incorre nel rischio di overtreatment di una fetta di popolazione falsa positiva ai test dia-



gnostici. Le sensibilità dei test diagnostici moderni non riescono ancora del tutto a evitare questi errori. L'intelligenza artificiale si propone come meccanismo di riempimento di questo divario.

Guardando la storia dell'IA integrata alla diagnosi di minaccia di parto pretermine, notiamo che già 30 anni fa si iniziavano a programmare sistemi e algoritmi di cognitive computing. Agli inizi degli anni 90, la diagnosi di minaccia di parto pretermine era per lo più clinica, basata su alberi decisionali strutturati più di un decennio prima, e la percentuale di diagnosi corretta si attestava intorno circa al 20% con una elevatissima percentuale di over treatment dei falsi positivi. Vi era, quindi, un intenso interesse nell'utilizzare sia le nuove tecnologie emergenti sia l'ingente mole di dati presenti in letteratura. In questo contesto storico si è iniziata a valutare l'intelligenza artificiale e, in particolare, Grzymala-Busse dell'Università del Kansas (Grzymala-Busse JW, Woolery LK. Improving prediction of preterm birth using a new classification scheme and rule induction. Proc Annu Symp Comput Appl Med Care. 1994;730-4) già nel 1994 aveva sviluppato un sistema intelligente basato sull'apprendimento per esempi (sistema LERS: Learning from Examples based on Rough Sets).

Il sistema si strutturava sull'elaborazione di un output dalla macchina che poneva il suo livello decisionale sulla base di un database fornitogli. Le variabili decisionali erano di tipo dipendente. Il sistema LERS lavorava con una tabella decisionale che presentava dati reali su fenomeni reali. In questo schema gli oggetti erano caratterizzati da attributi mentre le decisioni erano definite da esperti. Grzymala-Busse ha sfruttato tre database di dati diversi per definire l'algoritmo decisionale. L'anno successivo Linda K. Woolery (Linda K. Woolery, Jerzy Grzymala-Busse, Machine Learning for an Expert System to Predict Preterm Birth Risk, Journal of the American Medical In-

formatics Association, Volume 1, Issue 6, November 1994, Pages 439-446) ha ritestato il sistema LERS sfruttando 241 variabili che sono state utilizzate in un prototipo di machine learning. Si è trattato del primo sistema rudimentale impostato ad aiutare il medico nell'estrapolazione dell'esperienza pregressa troppo complessa da poter essere valutata senza un algoritmo automatico intelligente.

La percentuale di corretta catalogazione del paziente attestata da Grzymala-Busse raggiungeva il 90% mentre Linda K. Woolery confermava i risultati migliori rispetto alle metodiche contemporanee con una sensibilità del 53-88%.

Si potrebbero considerare gli anni 20 del nuovo millennio simili per contesto storico. L'avvento e lo sviluppo della cervicometria, della fibronectina e i dosaggi sierologici di determinati marcatori ci hanno permesso di abbattere sempre di più il rischio di falsi positivi e l'overtreatment, ma, recentemente, la riduzione di questa percentuale ha rallentato. L'ingente mole di dati clinici che ogni giorno vengono immagazzinati nei database degli ospedali è una preziosa arma per poter leggere il passato e notare correlazioni cliniche che possano dare adito a modelli predittivi. La digitalizzazione dei dati informatici associata alla facilità di pubblicazione di notizie mediche rende oramai difficoltoso rimanere al passo con tutti i dati e in questo frangente può entrare in gioco una tecnologia intelligente. L'IA può ora infatti sfruttare mezzi informatici più potenti e nuove tecnologie.

IL FUNZIONAMENTO DEI SISTEMI DI OGGI È LEGGERMENTE DIVERSO.

I modelli predittivi usati dai sistemi machine learning contemporanei sono eterogenei e sfruttano variabili molto diverse tra loro, ma hanno un meccanismo di funzionamento di base simile tra loro e, concettualmente, molto simile ai rudimentali sistemi degli anni 90. Sfruttano un certo numero di variabili, ovvero un certo numero di caratteristiche della paziente, utilizzando database numerosi. Prediligono algoritmi matematici strutturati con modelli di regressione non lineare (i più utilizzati in analisi statistiche quando si usano variabili dipendenti), cercando di stabilire la probabilità con cui un'osservazione può generare uno o l'altro valore della variabile dipendente analizzata. L'analisi statistica è parametrata con un diversity index, ovvero una misura di mutabilità della distribuzione statistica del carattere qualitativo sconnesso valutato. Sono algoritmi che sfruttano i metodi kernel, cioè una classe di algoritmi che si avvicinano al problema mappando i dati visualizzati in uno spazio di caratteristiche multidimensionali, dove ogni coordinata corrisponde a una caratteristica dei dati dell'elemento, trasformando i dati in un insieme di punti di uno spazio euclideo. Rendono, alla fine, un outcome con risposta binaria.

Yang (Yang et al. Reporting and risk of bias of prediction models based on machine learning methods in preterm birth: A systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 Jan;102(1):7-14) ha analizzato studi riguardanti minaccia di parto pretermine e machine learning pubblicati fino a fine 2021. Gli studi sono pochi, solo 29. La Transparent Reporting of a Multivariable Prediction Model for Individual Prognosis Or Diagnosis (TRIPOD) adherence, ovvero l'aderenza di ogni articolo a valori modello che fanno considerare lo studio affidabile come modello predittivo, risulta essere non ottimale, con meno del 20% degli studi che superano l'80% dei criteri TRIPOD. Gli autori in accordo al sistema PROBAST hanno verificato anche un rischio alto di bias del 79%. Que-

sto ci dimostra che gli studi sono pochi, non eccellenti e non uniformi.

La valutazione della produzione scientifica ha aiutato però a comprendere come il funzionamento di questi sistemi sia tanto più affidabile quanto le variabili utilizzate siano più fini. L'utilizzo di sistemi moderni che valutino caratteristiche cliniche specifiche delle pazienti, razionalmente connesse all'inizio del travaglio prematuro, permette poi alla macchina intelligente di elaborare un modello predittivo più funzionale.

LE INNOVAZIONI TECNOLOGICHE E LE SPINTE IDEATIVE

all'elaborazione di nuovi punti di vista sono numerose. Alcuni studi stanno iniziando a valutare l'elettrosterogramma nel secondo trimestre, e a mettere in relazione le frequenze impercettibili delle contrazioni uterine con la probabilità del travaglio prematuro. L'utilizzo di elettrodi sull'utero gravidico per il calcolo delle frequenze impercettibili sembra essere un soddisfacente parametro di correlazione col rischio di travaglio prematuro.

Vi sono inoltre le recenti valutazioni sul microbiota vaginale e di come determinati ceppi genetici possano influenzare un inizio di travaglio determinando uno status vaginale pro-infettivo.

E ancora, gruppi di studio stanno valutando la rigidità cervicale, misurata con sonde transvaginali con un meccanismo a pressione negativa, e correlano la morbidità cervicale a travagli spontanei più precoci. Il nostro centro all'Università degli Studi di Napoli Federico II sta testando da quasi due anni un moderno sistema di misurazione della rigidità cervicale che sta dimostrando interessanti risultati nell'identificazione della popolazione a rischio. Obiettivo ultimo è la sua integrazione in un modello di intelligenza artificiale dove può rappresentare uno strumento in più, una variabile decisiva nel valore decisionale della macchina intelligente.

Questi e molti altri sistemi di valutazione clinica della paziente sono già inseriti come variabili in algoritmi di sistemi di intelligenza artificiale e stanno già dimostrando ottimi risultati. Altri autori invece hanno ritenuto che la digitalizzazione delle informazioni elettroniche tramite i codici DRG e ICD9 sono obbligatori database da cui attingere informazioni con cui istruire i propri tools intelligenti, a dimostrazione che qualsiasi realtà ospedaliera può risalire a informazioni cliniche, laboratoristiche e demografiche delle pazienti ma anche a dati riguardanti outcome della gravidanza e outcome fetali.

IL LAVORO DEGLI INGEGNERI si sta dimostrando più che efficace nel perfezionamento di sistemi che in maniera automatica migliorano giorno dopo giorno nell'apprendere il meccanismo di una patologia, la predizione del rischio basandosi sull'esperienza passata. I dati in letteratura ci dimostrano però come i sistemi predittivi migliori siano quelli che sfruttano tecnologie moderne e non basate sull'esclusiva valutazione anamnestica e clinica della paziente. Lo sviluppo di nuove tecniche rimane quindi la base da cui un medico si deve poggiare.

SI PUÒ QUINDI CONCLUDERE con certezza che l'IA ha buone potenzialità di essere l'arma del presente e del futuro ma deve essere combinata alla spinta tecnologica per l'innovazione medica. La combinazione di questi due fattori porterà a risultati brillanti.



l'IA ha buone potenzialità di essere l'arma del presente e del futuro ma deve essere combinata alla spinta tecnologica per l'innovazione medica

VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE

VRS

L'impatto sulla qualità della vita delle famiglie

QUANDO UN BAMBINO viene ricoverato in ospedale a causa di una grave infezione da VRS, è coinvolta l'intera famiglia. Durante questo periodo, sono soprattutto i genitori e gli altri caregivers ad affrontare sfide significative, dovendosi dividere tra il bambino in ospedale e il resto della famiglia, mantenendo contemporaneamente la loro routine quotidiana.

Fino ad ora le conoscenze sull'impatto delle infezioni gravi da VRS nei bambini piccoli e su come questo influisca sulla qualità della vita delle famiglie colpite erano limitate.

Per questo motivo, la European Foundation for the Care of Newborn Infants (Efcni) ha lanciato lo studio ResQ Family (ResQ Family: Impact of Respiratory Syncytial Virus (VRS) Hospitalization on Quality of Life of Families - A Multi Country Study).

Lo studio, condotto a livello europeo, ha rivelato che la qualità di vita dei genitori è stata significativamente compromessa dal ricovero in ospedale dei loro figli a causa del VRS. Sebbene sia stato osservato un leggero miglioramento al sondaggio di follow-up 6 settimane dopo, la qualità della vita dei partecipanti è rimasta notevolmente influenzata da questo evento. Ciò è particolarmente preoccupante perché i genitori hanno continuato a soffrire di stress emotivo a distanza di settimane, il che può avere effetti a lungo termine sia sulla cura dei bambini, che sulla vita familiare. Secondo gli autori dello studio, la prevenzione del VRS è, quindi, particolarmente importante. La necessità di una strategia di prevenzione universale delle malattie da VRS per tutti i bambini sotto l'anno di vita infatti, è sostenuta, da tempo, anche dalle principali Società Scientifiche italiane, riunite nel Board del Calendario per la vita.

LO STUDIO RESQ FAMILY sottolinea il forte impatto della salute di un bambino sulla qualità della vita di chi si prende cura di lui e sulla gestione generale della famiglia. Evidenzia potenziali fattori di stress che dovranno essere affrontati in futuro per ridurre al minimo gli effetti negativi sui



RAFFAELLA NENNA
Professore Associato,
Sapienza Università di
Roma, membro del gruppo
di studio ResQ Family
di Efcni



Link al documento della
European Foundation
for the Care of Newborn
Infants

bambini colpiti e sulle loro famiglie.

Mentre l'impatto della malattia nel bambino è già stato oggetto di numerosi studi scientifici, finora non è stato ancora esaminato, in modo esaustivo, il peso complessivo che grava sulla famiglia. Il nuovo studio ResQ Family affronta questo problema.

Hanno partecipato al sondaggio attraverso un questionario online, 138 caregivers provenienti da quattro paesi europei (Francia, Germania, Italia, Svezia). Sono stati intervistati genitori di bambini fino a 24 mesi di età, che erano stati recentemente ricoverati in ospedale per almeno 12 ore a causa di un'infezione da VRS. Il sondaggio online è stato condotto durante la stagione VRS 2022/2023.

L'età media dei bambini affetti da VRS nella popolazione studiata è di tre mesi, di cui il 61% nati a termine. I bambini colpiti hanno dovuto trascorrere in media sei giorni in ospedale. Quasi tutti (94%) hanno richiesto il monitoraggio della frequenza cardiaca e della respirazione, l'80% ha avuto bisogno di supplementazione di ossigeno e alcuni hanno addirittura richiesto una ventilazione meccanica.

I GENITORI DOVREBBERO sempre seguire l'istinto se il loro bambino non si sente bene. Purtroppo, non c'è ancora una sufficiente consapevolezza del VRS e delle misure di prevenzione disponibili che potrebbero mitigare possibili gravi conseguenze per il bambino e la famiglia.

OLTRE IL 90% DEI GENITORI è risultato preoccupato per la salute dei propri figli. Inoltre, sono risultati comuni sentimenti di stress, senso di colpa e solitudine. Oltre ad affrontare i problemi nella loro vita personale, i genitori hanno sperimentato effetti negativi anche nella loro vita professionale. Il 40% dei genitori, che hanno lavorato durante il ricovero del figlio, ha subito un significativo calo di produttività, perdendo in media 29 ore di lavoro. La lunga distanza dall'ospedale, insieme ai costi associati e alle crescenti esigenze organizzative, hanno ulteriormente accen-

tuato lo stress e le preoccupazioni per quasi due terzi dei caregivers che lavorano. I risultati indicano che la salute mentale dei genitori è stata significativamente colpita dalle preoccupazioni per il figlio malato. Anche il senso di colpa ha avuto un ruolo, poiché i genitori si sentivano incapaci di prendersi cura adeguatamente degli altri figli lasciati a casa. Molti si sono sentiti sopraffatti dall'impossibilità di adempiere ai propri obblighi professionali, mentre il loro bambino era in ospedale.

I PARTECIPANTI ITALIANI hanno valutato il supporto ricevuto molto peggio rispetto ai caregivers di altri paesi: quasi un italiano su due, il 46%, ha riferito di non aver ricevuto informazioni adeguate sulle misure protettive per prevenire future infezioni. Inoltre, più di tre quarti, il 79%, ha affermato di non essere stato sufficientemente informato sui servizi di supporto psicologico. La conoscenza della malattia da VRS è risultata significativamente più bassa tra la popolazione italiana dello studio. Infatti, il 50% non era informato sulle misure di prevenzione disponibili.

GLI AUTORI DELLO STUDIO mettono in luce la necessità di aumentare la conoscenza sul virus e di intensificare le campagne sulle misure preventive, che sono già in fase di attuazione in molti paesi europei. In Italia, il Ministero della Salute è attualmente impegnato per rafforzare le strategie di prevenzione e immunizzazione da VRS a tutela dei bambini su tutto il territorio nazionale.

Efcni accoglie con favore questa importante raccomandazione volta a salvaguardare i più piccoli ed è grata che tutti i bambini abbiano un accesso equo il più presto possibile a questa misura preventiva. Inoltre, dovrebbe essere fornito un maggiore sostegno ai genitori e ai caregivers, ad esempio attraverso l'assistenza psicosociale, una maggiore alfabetizzazione sanitaria e la promozione della fiducia e del rispetto dei rapporti familiari durante la fase acuta dell'infezione e la degenza ospedaliera del bambino.

Difendersi dai contenziosi in ostetricia

L'INCIDENZA di "medical-claim", per danni relativi ad una presunta "malpractice" si è drammaticamente incrementata negli anni recenti. Questo fenomeno presenta una diversa incidenza nei vari paesi europei, con Germania, Italia, Spagna e le altre Nazioni dell'area Mediterranea, ad esclusione della Francia, che presentano i più alti tassi (Vetrugno G.: Reconciling patients' need for compensation with doctors' need for protection; BMJ, 2019). In accordo con gli ultimi dati dell'Associazione Nazionale delle Compagnie Assicuratrici Italiane (Ania) sono stati ospedalizzati 8 milioni di pazienti ed il 4% di questi (320mila) ha riportato presunti danni da prestazioni sanitarie (Ania, 2022). Le discipline a maggiore rischio di contenzioso per "medical-malpractice" sono rappresentate dall'ortopedia (17.5%), dall'ostetricia-ginecologia (13.9%) e dalla chirurgia generale/oftalmologia (7.7%).

Negli ultimi decenni, l'attività del ginecologo-ostetrico è stata soggetta a crescenti pressioni, legate sia al progresso tecnologico, sia all'aumento di richiesta di tutela da parte delle pazienti.

Il progresso medico, se da un lato ha migliorato le capacità diagnostiche e terapeutiche, dall'altro ha alimentato aspettative elevate nei confronti dei professionisti.

Il coinvolgimento di un procedimento legale o disciplinare ha un impatto significativo, non solo sulla carriera del ginecologo-ostetrico ma anche sulla sua sfera personale. Numerose evidenze mettono in risalto come i medici coinvolti in cause legali soffrano di "stress", ansia e, in alcuni casi, da Sindrome da "Burnout". L'insieme di questi aspetti ha portato al fatto che molti specialisti in ostetricia-ginecologia hanno abbandonato questa specialità o hanno limitato la loro pratica clinica al campo ginecologico, nel tentativo di ridurre l'eventuale contenzioso (Becker JL.: Burnout depression and career satisfaction – cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents; Am. J. Obstet. Gynecol., 2006).

Un recente studio italiano ha evidenziato come molti procedimenti penali del campo ostetrico-ginecologico si associano agli articoli del Codice Penale 590 (lesioni personali) e 589 (omicidio colposo), in misura inferiore all'articolo 328 (omissione), 476 (falso in atto pubblico ed articolo 640 (frode); la rivisitazione di tutti i casi ha messo in evidenza come vi sia stata l'archiviazione del procedimento nel 59% dei casi, con opposizione all'archiviazione nel 34% dei casi (Bergamin E.: Medical professional liability in obstetrics and gynecology – a pilot study of criminal proceedings in the public Prosecutor's Office at the Court of Rome; Healthcare, 2023). Sono state identificate 8 macro-aree nell'ambito del contenzioso in ostetricia: 1) omesso "screening" prenatale, 2) danno neurologico neonatale, 3) encefalopatia ipossischemica, 4) "stillbirth", 5) distocia di spalla, 6) parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC), 7) Par-



RICCARDO MORGERA

Ginecologo
Direttore sanitario
e responsabile clinico
casa di cura ospedale
Internazionale – Napoli
Consulente tecnico
scientifico Aogoi

to Operativo Vaginale (POV) e 8) diagnosi ecografica (Shwayder JM.: Liability in High Risk Obstetrics; Obstet. Gynecol. Clin. Nord Am., 2007).

L'analisi della mutata realtà socio-sanitaria mostra come episodi di "medical malpractice" avvengono in strutture, dove l'attività sanitaria viene tradotta in servizio. Tuttavia, raramente, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda, vengono prese in considerazione carenze di presidi o disfunzioni organizzative della struttura sanitaria, concentrandosi, invece, sempre sulla colpa professionale dell'operatore sanitario, anche in quei casi in cui sia ravvisabile un evidente disservizio. Di conseguenza, la sicurezza dei cittadini, fruitori dei servizi sanitari, deve costituire oggi una priorità della "performance" dei sistemi sanitari e la gestione dei rischi "Risk Management", definita come "l'insieme delle attività da svolgere in maniera sistematica per identificare-prevenire-tenere sotto controllo i rischi, al fine di ridurre al minimo il verificarsi di errori e/o incidenti", deve essere maggiormente implementata da parte di tutte le strutture sanitarie. L'istituzione di un servizio deputato al "management" del rischio clinico è di fondamentale im-

portanza e si articola in 4 "step", rappresentati da: 1) identificazione del rischio, 2) analisi delle cause, 3) risultato dell'analisi e 4) azioni da intraprendere per ridurre il rischio. Il "report" degli incidenti avversi è, difatti, un importante metodo per lo sviluppo e l'implementazione delle eventuali azioni correttive, soprattutto considerando come spesso non sono riscontrabili contesti di "malpractice" medica ma difetti organizzativi strutturali (Joint Commission International – Accreditation Standards for Hospitals, 2020).

L'adeguata conoscenza della "Morbilità Materna Severa" deve rappresentare un importante "step", attraverso il quale promuovere la sicurezza delle cure ostetriche.

Le gestanti a rischio di severa morbidità, durante la gravidanza, sono quelle che presentano delle condizioni pre-esistenti croniche, che manifestano complicanze relative alla gravidanza e/o con basse condizioni socio-economiche (Lappen JR.: Assessing the risk of maternal morbidity and mortality; Am. J. Obstet Gynecol., 2020). Queste gestanti dovrebbero avere un adeguato "counseling" che comprende sia i potenziali rischi/benefici della prosecuzione della gravidanza, come pu-

CONTENZIOSI IN OSTETRICIA

Alcuni Autori hanno cercato di sviluppare e convalidare un punteggio di co-morbilità ostetrica per prevedere la mortalità materna grave, ipotizzando un punteggio per le diverse co-morbilità e quella a più alto rischio era rappresentata dalla "placenta accreta spectrum", seguita dalla placenta "previa", dalla pre-eclampsia, dall'anemia pre-esistente, dalla gravidanza multipla, dal distacco di placenta, dal pre-esistente diabete gestazionale, dal BMI > 40, mentre ad un punteggio inferiore risultava sia l'età materna > 35 anni, sia il pregresso taglio cesareo



re il "management" di attesa e/o di intervento attivo medico da attuare, comprendente l'analisi dei rischi/benefici fetali (*SMFM Executive Summary - Reproductive Services for Women at High Risk for Maternal Mortality*, 2019), in quanto l'individuazione di una morbilità materna severa si associa ad un elevato livello di prevedibilità, simile a quello per la mortalità (Geller SE.: *The continuum of maternal morbidity and mortality - factors associated with severity*; Am. J. Obstet. Gynecol., 2004). Da un punto di vista concettuale, si intende una condizione involontaria del processo del parto e della nascita che si associa a significative conseguenze per la salute della gestante a breve/lungo termine. Una recente "Obstetric Care Consensus" della Society for Maternal-Fetal Medicine (Smfm) ha classificato le problematiche in:

- 1 **DI NATURA EMORRAGICA** (necessità di trasfondere più di 4 unità di sangue - emorragia ostetrica con necessità di rientro in sala operatoria - isterectomia peri-partum);
- 2 **DI NATURA IPERTENSIVO/NEUROLOGICA** (eclampsia - trattamento continuo con antiipertensivi - preeclampsia con difficoltà di controllo di ipertensione severa - ischemia/emorragia intracranica - anomalie della coagulazione);
- 3 **DI TIPO RENALE** (necrosi tubulare con necessità di dialisi - oliguria marcata - Creatinina > 2 o altri segni di insufficienza renale),
- 4 **DI TIPO SETTICO** (*shock settico* - infezione con complicazioni polmonari e *distress* respiratorio) e 5) di tipo chirurgico con complicanze vescicali/intestinali (Smfm Obstetric Care Consensus - Severe Maternal Morbidity Screening and Review, 2016).

ALCUNI AUTORI hanno cercato di sviluppare e convalidare un punteggio di co-morbilità ostetrica per prevedere la mortalità materna grave, ipotizzando un punteggio per le diverse co-morbilità e quella a più alto rischio era rappresentata dalla "placenta accreta spectrum", seguita dalla placenta "previa", dalla pre-eclampsia, dall'anemia pre-esistente, dalla gravidanza multipla, dal distacco di placenta, dal pre-esistente diabete gestazionale, dal BMI > 40, mentre ad un punteggio inferiore risultava sia l'età materna > 35 anni, sia

“**L'identificazione dei fattori di rischio materno-fetali permette di gestire la gestante, indirizzandola verso le strutture che possono assicurare il "setting" assistenziale più corretto, completo ed appropriato**

il pregresso taglio cesareo (Leonard AS.: *An Expanded Obstetric Comorbidity Scoring System for predicting Severe Maternal Morbidity*; Obstet. & Gynecol., 2020). Un ulteriore lavoro scientifico ha analizzato i dati integrati dell'"Expanded Obstetric Comorbidity Score" ad altri fattori di rischio "intrapartum" (induzione/aumento del travaglio - durata del travaglio - prolungata rottura delle membrane - liquido amniotico tinto di meconio - epoca gestazionale), evidenziando come l'intervallo di confidenza nell'individuare una condizione di severa morbilità materna aumentasse dal 78% al 95%, quando si integravano entrambe le valutazioni di rischio (Clapp MA.: *The Value of intrapartum factors in Predicting Maternal Morbidity*; Am. J. Obstet. Gynecol., 2022).

L'identificazione dei fattori di rischio materno-fetali permette di gestire la gestante, indirizzandola verso le strutture che possono assicurare il "setting" assistenziale più corretto, completo ed appropriato.

La sala parto è il posto in cui ci ritroviamo con la maggiore tensione emotiva e, spesso, troppe figure professionali si rivolgono alla donna e prendono iniziative; la gestante, in tal modo, potrebbe essere disorientata e spesso percepisce, al di là della sua stessa confusione, indicazioni contrastanti tra loro. E' indispensabile che in sala parto la donna trovi una guida precisa, un riferimento sicuro a cui fare affidamento e la sala parto deve essere, gerarchicamente, regolata. Quando il bambino nasce è opportuno che ostetrici e neonatologi valutino in "team" il suo stato di salute, tranquillizzando quando va tutto bene, avendo la consapevolezza di essere riservati in caso di "outcome" negativi ma evitando frasi generiche e non motivate che, invece, porterebbero solo a dare giudizi affrettati.

LA NASCITA RAPPRESENTA per la donna un evento "straordinario" con profondo impatto socio-relazionale ed emozionale e nel 2018 la "World Health Organization" (WHO) rafforzava il concetto della "positiva esperienza della nascita da parte della gestante (WHO Recommendations - Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience, 2018). Uno dei principi basilari si basa sul-

l'aspettativa di una esperienza di nascita naturale, fisiologica e senza dolore (Favilli A.: *What women want? A prospective multicenter study on women's preference about pain management during labour*; Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 2018). Un elevato numero, apparentemente crescente, di contenzioso legale, riguarda la specifica fase di questo "setting" assistenziale (*Parliament Assembly - Obstetrical and Gynecological Violence*, 2019) ed uno studio retrospettivo, condotto in Spagna, ha messo in evidenza come il 48.6% delle gestanti intervistate ha riferito come, durante il travaglio/parto, siano state eseguite procedure non necessarie e/o dolorose (Mena-Tudela D.: *Obstetric Violence in Spain - Interventionism and Medicalization during Birth*; Int. J. Environ Res. Public Health, 2021).

La comunicazione tra il "team" assistenziale della sala parto e le gestanti deve rappresentare un momento fondamentale dell'assistenza, in quanto espressione della piena consapevolezza del quadro clinico e della gestione travaglio/parto da parte del personale coinvolto.

Risulta evidente come il controllo delle condizioni di benessere del feto, rappresenti uno dei momenti fondamentali dell'assistenza ostetrica alla gravidanza/parto, con importanti riflessi in ambito di responsabilità professionale e, dal momento che, i concetti di "risk-based practice", "adverse risk practices" o "precautionary approach to risk management" si stanno sempre di più affermando, è necessario applicare nel "setting" assistenziale "intrapartum" tutte le strategie mediche preventive, in modo da limitare contenziosi professionali (Coxon K.: *Reconceptualising risk in childbirth*; Midwifery, 2016).

L'impatto della Cardiotocografia (CTG) sull'"outcome" neonatale continua ad essere argomento controverso ma rimane elusiva la capacità di questo nell'identificare una condizione di ipossia ed acidemia fetale, nella prevenzione dell'encefalopatia neonatale.

A riguardo della Cardiotocografia (CTG) è da ribadire come a tutt'oggi non esistono prove consistenti di una diretta correlazione tra "pattern"



L'errore forse più comune che facciamo quando interpretiamo la CTG in travaglio è quello di attribuire a questo esame la capacità di fare una sorta di istantanea delle condizioni ossigenative del feto in quel preciso momento



CTG anormali e paralisi cerebrale. Malgrado ciò, a questo strumento, viene attribuita un'enorme dignità di mezzo di prova sulla cui valutazione il più delle volte i Consulenti Tecnici di Ufficio e/o i Periti del Pubblico Ministero esprimono pareri di correttezza o meno sul personale sanitario coinvolto; inoltre, l'analisi retrospettiva di tracciati CTG, dimostra come l'interpretazione sia influenzata dalla conoscenza "a priori" dell'"outcome" neonatale.

L'errore forse più comune che facciamo quando interpretiamo la CTG in travaglio è quello di attribuire a questo esame la capacità di fare una sorta di istantanea delle condizioni ossigenative del feto in quel preciso momento. In vero, non dobbiamo dimenticare come la CTG non sia in grado di diagnosticare uno stato di asfissia, intesa come presenza di un'acidosi metabolica significativa ma può mettere in evidenza solo una condizione di ipossia e la modalità con cui il feto sta reagendo a questo stato. L'interpretazione della CTG, deve prevedere la conoscenza della fisiopatologia della respirazione fetale, leggendo il tracciato nella sua interezza e non per singolo parametro, collocandolo nella sua epoca gestazionale, in una determinata paziente ed in un determinato contesto del travaglio di parto.

Il feto durante il travaglio/parto è, inevitabilmente esposto ad uno "stress" ipossico graduale ma progressivo, per effetto delle contrazioni uterine che portano alla compressione delle arteriole che attraversano il miometrio e devono supportare la perfusione utero-placentare, così come dagli effetti compressivi sul cordone ombelicale che possono variare per i suoi rapporti con il corpo fetale, per la quantità di liquido amniotico, e per la sua costituzione strutturale (quantità di gelatina di Wharton – grado di spiralizzazione). Fortunatamente, la maggior parte dei feti è in grado di attivare dei meccanismi compensatori in risposta all'intermittente, graduale "stress" ipossico. Sebbene il grado di risposta possa variare a seconda dell'intensità e della durata dell'insulto ipossico e della riserva individuale di quel feto, la risposta compensatoria fetale all'ipossia "intrapartum" in atto, che porta infine allo scompenso, è abbastanza prevedibile. È importante comprendere come il feto non sia sottoposto all'ossigeno at-



Una recente "Consensus" prodotta da 44 esperti di CTG, di 14 paesi diversi, ha individuato come sia importante riconoscere il tipo di "stress" ipossico intra-partale a cui viene sottoposto il feto

mosferico e, pertanto, non sono in grado di aumentare l'ossigenazione del miocardio incrementando la frequenza e la profondità degli atti respiratori; pertanto, il feto, al fine di mantenere un bilancio energetico positivo, deve diminuire la Frequenza Cardiaca (FC), per ridurre il carico di lavoro del miocardio e conservare l'energia. Dunque, non ci si deve precipitare a prendere decisioni inappropriate non appena si osservano decelerazioni sul tracciato CTG e non ci si deve limitare a classificarle ma si dovrebbe cercare di determinare la risposta del feto, osservando le caratteristiche del tracciato CTG tra le decelerazioni, cioè la stabilità della linea di base e la normale variabilità, in modo da intervenire quando il feto mostra segni di scompenso.

È giunto, quindi, il momento di un cambiamento di paradigma nell'interpretazione del CTG, da quella basata sul tradizionale riconoscimento dei "pattern" a quella basata sulla fisiologia fetale. Difatti, l'interpretazione basata sulla fisiologia mira a comprendere la fisiopatologia che sta alla base delle caratteristiche osservate sul tracciato CTG, con l'obiettivo di mettere in atto un intervento tempestivo ed appropriato in caso di evidenza di scompenso fetale (Chandrarahan E: Manuale di Interpretazione della Cardiotocografia – dai quadri CTG alla Fisiologia, 2017).

UNA RECENTE "CONSENSUS" prodotta da 44 esperti di CTG, di 14 paesi diversi, ha individuato come sia importante riconoscere il tipo di "stress" ipossico intra-partale a cui viene sottoposto il feto e, contemporaneamente, i meccanismi di risposta che lo stesso mette in atto (International Consensus Guideline on Physiological CTG Interpretation, 2018); da tale classificazione emergeva:

IPOSSIA CRONICA (aumento dei valori della linea basale – ridotta variabilità e/o assenza di ciclicità – assenza di accelerazioni – *Shallow* decelerazioni), in cui è importante considerare indicatori coesistenti (riduzione dei movimenti fetali, liquido tinto di meconio, evidenza di corionamnionite, postmaturità, *Fetal Growth Restriction*). Un'insufficienza utero-placentare cronica o insulti ipossici "antepartum" possono tradursi in un'ipossia persistente da giorno o settimane, che induce tentativi di compenso

(aumento della linea di base) e successivamente evidenza di scompenso con decelerazioni poco profonde e ripresa tardiva e perdita di variabilità della linea di base. In tali casi bisogna evitare ulteriori "stress" per il feto e provvedere alla nascita se il parto non è imminente. Questi feti hanno ridotte riserve fisiologiche per compensare qualsiasi ulteriore insulto ipossico, pertanto con l'inizio delle contrazioni uterine, possono rapidamente andare in scompenso;

IPOSSIA GRADUALMENTE PROGRESSIVA, cioè quando un feto è esposto ad uno "stress" ipossico lentamente progressivo ed ha, quindi, sufficiente tempo per impiegare le sue risorse per compensare (decelerazioni – secrezione di catecolamine - aumento della linea di base con normale variabilità). **In questa fase di scompenso si richiede l'attuazione di eventuali misure conservative ed una rivalutazione ogni 30-60 minuti; in caso di scompenso (ridotta variabilità – progressiva riduzione dei valori della linea di base) sono necessari provvedimenti urgenti per eliminare la causa di ipossia (sospendere infusione di ossitocina – rimuovere dispositivi intravaginali con Prostaglandine) e se non si mettono in atto queste misure, il miocardio va incontro ad una riduzione dell'ossigenazione con conseguente acidosi che culmina con la bradicardia terminale;**

IPOSSIA SUB-ACUTA (il feto passa più tempo a decelerare rispetto ad una frequenza di base normale - eventuale *pattern* saltatorio) che **nel primo stadio del travaglio deve prevedere (sospensione di ossitocina, rivalutazione in 10-15 minuti ed in assenza di miglioramento eseguire il parto cesareo), mentre nel secondo stadio del travaglio deve considerare (sospensione delle spinte attive materne, Parto Operativo Vaginale e/o Taglio Cesareo se la nascita non è imminente);**

IPOSSIA ACUTA (decelerazione prolungata > 3 minuti); bisogna escludere eventi acuti "intrapartum" (rottura d'utero, distacco di placenta, prolasso di cordone) che richiedono una immediata nascita ma in assenza di questi bisogna correggere eventuali cause iatrogene (iper-

CONTENZIOSI IN OSTETRICIA

stimolazione uterine dovuta ad eccesso di ossitocina, ipotensione materna dovuta alla partoanalgesia) e **valutare l'eventuale normalità del CTG prima della decelerazione con segni di ripresa entro i primi 6 minuti della decelerazione. Viceversa, se non ci sono segnali di ripresa, così come in caso di fase precedente del CTG con ridotta variabilità è necessario applicare la "3 minute rule", trasferendo la donna in sala operatoria entro 9 minuti**, iniziare il cesareo entro 12 minuti ed estrarre il feto entro 15 minuti;

VALUTAZIONE INDEFINITA PER IL BENESSERE FETALE (scarsa qualità del segnale – interferenza con la frequenza cardiaca materna – linea di base incerta).

Non dobbiamo dimenticare il fatto che, alla luce di un eventuale esito negativo neonatale gli artefatti e/o dubbi interpretativi del CTG, vengono spesso utilizzati nelle aule dei Tribunali, da abili periti ed avvocati che riescono spesso a fare quello che la medicina non è mai riuscita a fare "identificare esattamente il momento in cui il feto ha ricevuto un danno irreparabile".

La diagnostica anatomo-patologica della placenta è, in modo unanime, considerata dalla letteratura scientifica come cruciale per comprendere l'eziopatogenesi degli esiti sfavorevoli della gravidanza. Recentemente è stato redatto un documento operativo "Linee Guida Italiane per la Diagnostica Anatomo-Clinica della Placenta Espulsa/Estratta dopo la 14^a Settimana di Gestazione; Sigo-Agoi-Agui-Agite-Siapec-Iap, 2023).

È DI FONDAMENTALE IMPORTANZA RICORDARE:

TUTTE LE PLACENTE, indipendentemente dalle caratteristiche della gravidanza, devono essere ispezionate dall'ostetrica e, nel caso di aspetti di dubbia interpretazione, da un medico ginecologo;

IL RILIEVO OSTETRICO delle caratteristiche macroscopiche della placenta deve avere finalità; osservazionali e non diagnostiche, quindi, bi-

sogna astenersi assolutamente dal notificare giudizi diagnostici;

IDEALMENTE si ritiene che la decisione circa quali placente inviare all'esame anatomo-patologico debba essere basata sulle caratteristiche cliniche della singola gravidanza e del singolo neonato, ricordando come l'analisi anatomo-patologica è il primo importante segno, da parte del ginecologo, nei confronti della madre/coppia, di interessamento circa le cause dell'esito sfavorevole della gravidanza ed è atto cruciale per la difesa legale dell'operato dei curanti;

VANNO CONSERVATE temporaneamente tutte le placente che non sono state inviate subito dopo il parto in anatomia-patologia. L'ideale è conservarle per 7 giorni, lasso temporale in cui la maggior parte delle complicanze post-partum si manifestano nel neonato e/o nella madre;

QUANDO ACCADE un grave evento ostetrico avverso inatteso, la comunicazione con la madre o la coppia deve essere gestita in modo pronto, efficace, corretto e continuativo nel tempo. La madre e la famiglia non devono sentirsi abbandonati, non devono avere l'impressione che ci sia disinteresse da parte dei curanti o che gli si stia nascondendo qualcosa.

La placenta è la "scatola nera" della gravidanza e può fornire adeguate informazioni sulle problematiche che potrebbero essere insorte, nel corso della stessa.

Analoga importanza deve essere riservata alla valutazione macroscopica (aree di trombosi – stravasi – iperspiralizzazione – ipospiralizzazione) del cordone ombelicale, unitamente alla valutazione di tipo isto-patologica/ microscopica.

Tali procedure devono essere implementate in tutte le strutture dotate di Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, sempre nell'intento di trovare una giusta spiegazione e difesa nel caso di un esito ostetrico avverso.



VBAC

Il parto vaginale dopo il cesareo

SEGUE DA PAGINA 17

In presenza di 3 o più cesarei si può asserire che il travaglio di parto, benché le casistiche siano poche, è sempre possibile. Se la donna partorisce spontaneamente sicuramente si tratta di un'opzione preferibile rispetto all'esecuzione di un intervento di alta complessità vessato da un forte rischio di complicanze. Il problema vero, però, si configura allorché il taglio cesareo debba essere praticato in emergenza durante il travaglio, in quanto non si ha la tranquillità di operare senza fretta come avviene in elezione. Il punto fondamentale del counseling per il VBAC, parto vaginale dopo multipli cesarei, è proprio focalizzato su questa possibilità della quale la donna deve essere edotta e documentata da adeguato consenso informato. Se l'intervento si fa in elezione, chiaramente diminuisce il rischio di complicanze. In generale, è indicata l'acquisizione di un consenso informato in presenza di un VBAC ed è importante che avvenga in maniera chiara, adeguata e dettagliata.

Nella gestione pratica si fa una valutazione in cui la presenza di fattori favorevoli o sfavorevoli ha un peso determinante nella decisione della modalità di espletamento del parto, unitamente alle condizioni del Bishop nella fase prodromica. Durante il travaglio cambia l'altezza dell'asticella per la quale decidere di andare in sala operatoria, in maniera da non dover eseguire l'eventuale taglio in estrema urgenza. Di tutto questo deve essere informata anche la donna.

CONCLUSIONI

Il VBAC rappresenta una possibilità concreta e sicura per gran parte delle donne e offre numerosi benefici fisici ed emotivi. Le donne che sono motivate al travaglio spontaneo spesso hanno vissuto brutte esperienze col taglio cesareo della precedente gravidanza e vanno sostenute e indirizzate correttamente. In generale, il counseling per la possibilità di VBAC va offerto a tutte le gravide precesareizzate a inizio gravidanza rispettando però chi, nonostante tutto, rimanesse dell'idea di praticare un nuovo taglio cesareo.

Qualora la struttura di riferimento del ginecologo interpellato non avesse i requisiti o l'esperienza per offrire un VBAC, è obbligatorio indirizzare la donna verso un centro di riferimento, auspicandosi che l'assistenza al travaglio delle precesareizzate diventi presto una diffusa pratica di routine.

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 6 - 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:
dicembre 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

PRATICA CLINICA

Misoprostolo per l'induzione del parto a termine

LA COMMISSIONE TECNICO SCIENTIFICA dell'Agencia del Farmaco, riunitasi in data 11 Dicembre 2023, ha espresso un "parere favorevole alla non permanenza" del misoprostolo nella lista dei farmaci prevista dalla legge 648/96 per l'indicazione induzione del parto a termine.

La decisione ha acquisito efficacia con la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale n.79 del 4 aprile 2024, e dal giorno successivo ha escluso il misoprostolo (compresse da 200 mcg) per questa indicazione dall'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, secondo quanto disposto dalla legge 648 del 23 dicembre 1996.

L'estratto della determinazione Aifa pubblicata in Gazzetta Ufficiale indica le motivazioni che hanno portato alla decisione. Dalla lettura si evince la constatazione da parte degli stessi uffici riguardo alla disponibilità in commercio del medicinale Angusta autorizzato con la medesima indicazione, da cui il venir meno del requisito della mancanza di alternativa terapeutica che giustifica l'utilizzo off label di un medicinale.

Come è cambiato lo scenario terapeutico: la decisione Aifa, in vigore dal giorno 5 aprile 2024, ha comportato la revoca della precedente autorizzazione ad utilizzare il misoprostolo off label nell'indicazione induzione del parto a termine secondo quanto previsto legge 648/96, cessandone al contempo anche il rimborso da parte del Ssn. Ricordiamo che la precedente autorizzazione all'uso del misoprostolo off label, pubblicata nella GU 291 del 23/11/2020, era stata motivata dalla decadenza dell'autorizzazione all'immissione in commercio (e quindi disponibilità nel mercato) del medicinale Mysodelle, venendo a mancare pertanto l'unica opzione terapeutica per l'induzione del travaglio a base di misoprostolo.

L'elenco dei farmaci inseriti nella lista 648 è stato aggiornato nel mese di maggio nel sito Aifa - Sezione accesso farmaci, Lista 648 - pertanto, recependo la decisione della CTS (Commissione Tecnico Scientifica), non è più presente in questa lista il medicinale misoprostolo per l'induzione del parto a termine, rimanendo invece ancora autorizzato per le seguenti indicazioni terapeutiche:

1 INTERRUZIONE medica di gravidanza intrauterina in corso, fino alla 63esima giornata di amenorrea;

2 INDUZIONE medica dell'espulsione del materiale abortivo dopo aborto spontaneo del I trimestre;

1 RAMMOLLIMENTO e dilatazione della cervice uterina per indicazione ostetrica o ginecologica.

Circa quest'ultima indicazione, la determinazione pubblicata in Gazzetta Ufficiale (G.U. 07/01/16 n.4) specifica che l'indicazione "rammollimento e dilatazione della cervice uterina per indicazione ostetrica o ginecologica" si riferisce alle seguenti situazioni cliniche:

1 PAZIENTI GRAVIDE che debbano sottoporsi ad evacuazione della cavità uterina per interruzione della gravidanza, volontaria o spontanea;

1 PREPARAZIONE a interventi ginecologici quali isteroscopia diagnostica od operativa.

In aggiunta, è importante riprendere in breve quanto già descritto nell'articolo pubblicato su Gyneco Aogoi numero 4 - 2023 in merito al misoprostolo per l'induzione del travaglio di parto, cir-



ca il confronto fra formulazione galenica e il prodotto a formulazione industriale, ossia:

il Ministero della Salute, nell'obiettivo di garantire efficacia e sicurezza delle cure e la corretta somministrazione dei farmaci, indica che la manipolazione delle forme orali solide è prevista solo per popolazioni speciali di pazienti (ad es. pazienti disfagici) e dà indicazioni di indirizzare sempre la scelta verso farmaci industriali con AIC non manipolati se disponibili in commercio e non prevede nell'ambito delle modalità di manipolazione lo scioglimento in acqua (Ministero della Salute, raccomandazione 19 ottobre 2019, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2892_allegato.pdf, paragrafo 1 Premessa e paragrafo 4 Azioni).

Similmente il Position Paper Sifap (Società Italiana Farmacisti Preparatori) - Sifo "Formule Magistrali" dà indicazioni di non preparare la formula magistrale se è disponibile e reperibile nel canale distributivo un prodotto industriale equivalente con AIC (<https://www.sifap.org/procedure-norme-di-buona-preparazione/formule-magistrali-position-paper-2%C2%Bo-rilascio-ottobre2019>).

Nello specifico, la farmacopea europea (European Pharmacopoeia 7.0, Council Of Europe: European Directorate for the Quality of Medicines and Healthcare, Strasbourg e ©2010 - pag 2514) attribuisce al misoprostolo la caratteristica di essere scarsamente solubile in acqua. Tutto ciò può portare a problemi di appropriatezza del dosaggio, generati dalla possibilità di una non omogenea distribuzione del principio attivo nella sospensione.

IN CONCLUSIONE, a seguito della sua esclusione dalla lista 648/96, l'uso del misoprostolo in compresse da 200 mcg (reperibile con il nome commerciale Cytotec) per l'induzione del parto a termine si configura ora come un uso off label, da cui deriva la diretta responsabilità da parte del medico prescrittore della scelta di utilizzare questo farmaco fuori dall'indicazione riportata in scheda tecnica.

Tutto ciò premesso si ribadisce l'importanza di raccomandare l'utilizzo e la somministrazione dei farmaci con indicazione autorizzata per l'induzione del travaglio di parto.

(A.C.)

EuTylia un nuovo sponsor per l'ufficio legale Aogoi



Gentili colleghe e colleghi, desidero informarvi dell'ingresso di una nuova azienda tra gli sponsor dell'Ufficio Legale Aogoi: si tratta di *EuTylia*, marchio appartenente al gruppo farmaceutico *E. Vitalgroup srl*.

EuTylia è un'azienda impegnata nello sviluppo, nella produzione, nell'informazione scientifica e nella distribuzione di dispositivi medici, integratori e cosmetici.

Con una solida presenza nel settore farmaceutico, l'azienda è particolarmente attenta alla salute e alle esigenze specifiche delle donne, e negli anni ha introdotto numerosi prodotti sia sul mercato italiano sia in quello internazionale. *EuTylia*, infatti, è attualmente attiva in circa 15 Paesi, con una forte presenza nei mercati del Medio Oriente e dell'Europa dell'Est. Grazie al suo ruolo di sponsor di numerosi corsi e congressi organizzati dalla nostra Associazione, sia a livello regionale che nazionale, *EuTylia* si è affermata come punto di riferimento per i professionisti del settore.

Tra le sue iniziative, l'azienda ha avviato nel luglio 2021 *EuTylia Academy*, un progetto dedicato a fornire a giovani ginecologi e ostetriche corsi di alta formazione e aggiornamento professionale, con un focus specifico sulla prevenzione e la cura della salute della donna.

Antonio Chiàntera
Presidente Nazionale Aogoi



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.

Triofer[®] forte

OGNI ISTANTE CON LO STESSO VIGORE

Tre fonti di ferro

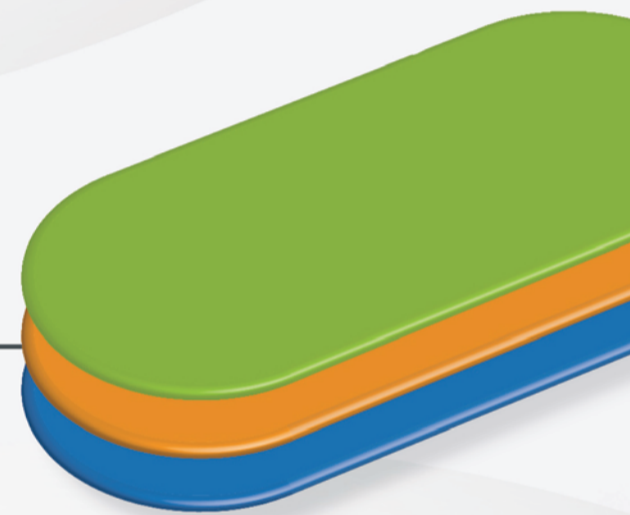
Acido folico 400 mcg e Vit. gruppo B

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

