

Il Laboratorio della conoscenza intitolato a Carlo Corchia prosegue il suo cammino

Michele Gangemi
Direttore Quaderni acp

Vengono pubblicati online come supplemento a questo numero di Quaderni acp gli abstract dei lavori che saranno presentati e discussi a Fiesole durante le Giornate di Epidemiologia 2023 (8-10 giugno 2023). Questo editoriale vuole dare un'idea al lettore che non sarà presente a Fiesole del metodo di lavoro adottato, e sottolineare quanto rivista e Laboratorio si trovino in sintonia.

Il Laboratorio, intitolato a Carlo Corchia (sempre presente nella redazione della rivista, nonostante la prematura scomparsa), ha scelto Quaderni acp come luogo privilegiato per far conoscere il proprio percorso di confronto e di crescita "travalicando i confini disciplinari", come già riportato in un precedente editoriale di Vittorio Basevi (Quaderni acp 2021;28:2 supplemento).

La redazione della rivista si propone di pubblicare gli articoli completi dopo le osservazioni emerse dalla discussione che si svolgerà durante le Giornate, sempre caratterizzate da una forte interazione tra relatori e pubblico, favorita dal programma e dalla conduzione del dibattito. Gli autori avranno la possibilità, a partire dalle critiche e dai suggerimenti, di proporre l'articolo completo che sarà sottoposto a ulteriore referaggio prima della pubblicazione. In questo modo la peer review risulterà rinforzata e darà la possibilità agli autori di lavorare sulle criticità evidenziate rispetto ai quesiti preannunciati e discussi. Questo percorso condiviso offre, alla rivista e al Laboratorio, l'opportunità di lavorare valorizzando la mente allargata del gruppo.

Oggetto della maggior parte degli abstract è la salute perinatale, in linea con la sempre crescente attenzione dedicata ai "primi mille giorni" e alla cornice della *nurturing care*. Quaderni acp, che dedica una rubrica fissa ai "primi mille giorni", da sempre tiene in considerazione questa finestra dalle straordinarie potenzialità se adeguatamente promossa, anche alla luce delle nuove acquisizioni sull'epigenetica. L'Associazione Culturale Pediatri sta anche collaborando con l'Istituto Superiore di Sanità in programmi dedicati, in particolare nella formazione dei professionisti della salute che ne sono coinvolti, nella consapevolezza che l'intreccio di saperi diversi rende possibile un reale, utile confronto anche per il superamento di stereotipi e irrigidimenti di ruolo.

Il percorso del Laboratorio Carlo Corchia, come emerso nella giornata di confronto svoltasi a Reggio Emilia il 10 febbraio 2023 (grazie all'ospitalità di Giancarlo Gargano), testimonia un clima e un metodo di lavoro difficilmente rinvenibili in altre situazioni e in altri contesti dove anche momenti di stallo e disaccordo diventano occasione di confronto vero che non perde di vista l'obiettivo.

Il Laboratorio è attualmente impegnato in tre filoni principali: l'errore, la migrazione del bambino sud-nord, il neonato sano.

La tematica dell'errore, rimossa dalla comunità scientifica per tutte le implicazioni negative che possono riguardare i professionisti della salute, viene affrontata da varie angolature e utilizzando diversi ambiti del sapere. Partire infatti dall'errore può costituire un'importante occasione di riflessione dal punto di vista etico, deontologico, filosofico e relazionale, a vantaggio di una crescita professionale sia del gruppo sia del singolo (per esempio attraverso l'audit come strumento di formazione).

Il gruppo di lavoro dedicato alla migrazione del bambino sud-nord, tema anch'esso caro all'ACP, ha prodotto dati molto dettagliati che dovranno essere la base per una discussione nei territori coinvolti. Il fenomeno in ambito pediatrico, già documentato da M. De Curtis (Ital J Pediatr 2021 Jun 24;47(1):139) partendo dalle schede di dimissioni ospedaliere, è descritto dal gruppo di lavoro nei percorsi per patologie in alcune regioni del sud. La messa a fuoco di questa fotografia richiede un passaggio politico da condurre con grande sensibilità e attenzione, senza trascurare insidie e interessi che contrastano con quelli del bambino e della sua famiglia. Rileggere, a distanza di quasi quarant'anni, la discussione e le conclusioni della tavola rotonda ACP di Napoli del 3-4 marzo 1984 (Medico e Bambino 1984;10:654-689) può indurre a pensare che tutto è inutile e che le cose non cambieranno, ma rassegnazione e pessimismo non sono nelle corde del Laboratorio. Parlare di disegualianze (una delle quattro priorità ACP) e non cercare in concreto di porre rimedio a questa realtà non sembra più differibile, né sono accettabili ulteriori alibi.

Il terzo gruppo di lavoro, dedicato al neonato sano, dopo una fase di stallo e un sereno, ma serrato confronto tra i componenti, ha rimesso a fuoco l'obiettivo iniziale condiviso o apparentemente tale. Il lavoro fatto è stato comunque occasione per cercare e privilegiare un linguaggio comune e per crescere nel rispetto delle diverse professionalità coinvolte.

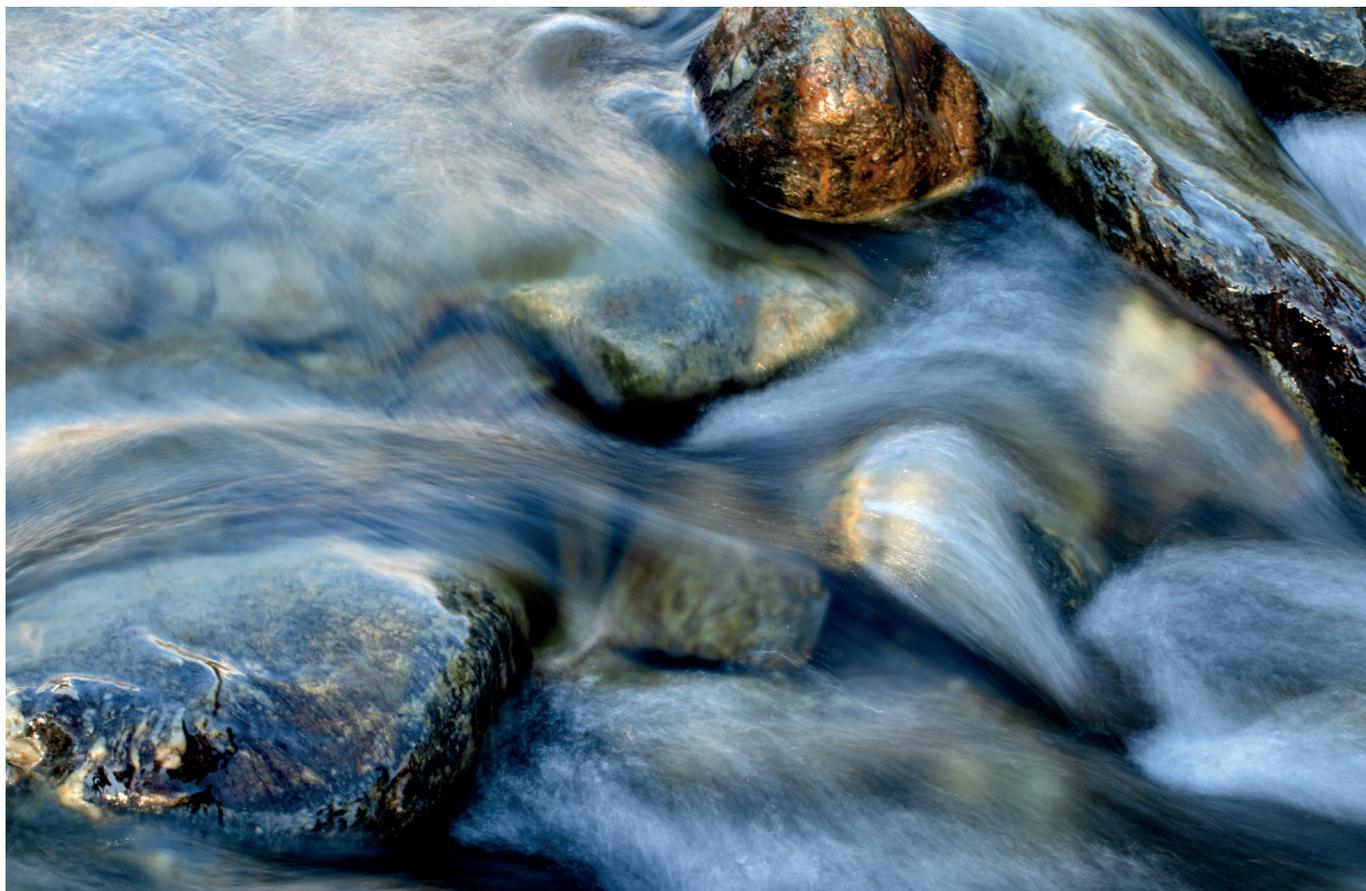
L'auspicio è che il lettore possa cogliere dalla lettura degli abstract i punti essenziali del percorso intrapreso e che gli autori portino a termine la pubblicazione degli articoli sulla nostra rivista.

In tal modo avremo lavorato in linea con gli obiettivi del Laboratorio e di Quaderni acp. ■

1994-2023: trent'anni di Quaderni acp

quaderniacp

RIVISTA BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI



Giornate di Epidemiologia "Carlo Corchia"

Fiesole, 8-10 giugno 2023

Indice

Latenza dalla rottura prematura delle membrane al parto

Isabella Abati, Noemi Strambi, Chiara Colucci,
Viola Seravalli, Mariarosaria Di Tommaso 5

Effetti della parto-analgesia sull'allattamento dei neonati a termine sano con parto vaginale

Lucrezia Romiti, Eleonora Stampa, Daniele Merazzi 5

Il pattern familiare della nascita pretermine spontanea - studio caso controllo

Isabella Abati, Noemi Strambi, Mor Huri, Viola Seravalli,
Mariarosaria Di Tommaso 6

Parto pretermine, distress materno e fattori di rischio

Marina Cuttini, Laura Montelisciani, Alessandra Valletti,
Domenico Di Lallo, Franca Rusconi, Fabio Voller,
Valeria Chiandotto, Maria Cristina Fertz, Silvana Miniaci,
Virgilio Carnielli 6

Gemellarità: una difficoltà gestionale non solo familiare. Protocollo di studio

Chiara Peila, Lorenzo Riboldi, Alessandra Coscia,
Elena Spada 7

Dal quesito clinico alla pianificazione di uno studio caso-controllo

Elena Spada, Alessandra Coscia, Martina Capitanio,
Francesco Pellegrino, Chiara Peila 7

Timing del precoce allattamento al seno e calo ponderale nei neonati fisiologici

Daniele Merazzi, Lucrezia Romiti, Eleonora Stampa 8

Autismo: intercettazione precoce tramite Digital Screening in Regione Lombardia

Noemi Buo, Paola Colombo, Silvia Busti,
Massimo Molteni 8

Assets-based clinical delivery empathic (ABCDE) model per un'assistenza globale

Paola Rosati 9

Modello di piattaforma digitale a supporto della genitorialità

Martina Caglioni, Luca Cerniglia 10

I consultori familiari a supporto della salute mentale materna in gravidanza

Ilaria Lega, Simona Mastroeni, Caterina Ferrari,
Claudia Ferraro, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli,
Enrica Pizzi, Laura Lauria, Serena Donati per il Gruppo
ISS Salute mentale perinatale – Primi 1000 giorni 10

I risultati della Sorveglianza Bambini 0-2 anni-2022 a sostegno della promozione di interventi di salute pubblica nei primi 1000 giorni di vita

Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Laura Lauria,
Serena Donati, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi,
Monica Pirri, Claudia Ferraro e il Gruppo di Lavoro
Sorveglianza Bambini 0-2 anni-2022 11

Sorveglianza dello sviluppo attraverso l'osservazione (la valutazione) della relazione genitori-bambino

Claudio Chiamenti 11

Tra istruzione, informazione e attivazione di competenze: il sostegno alla genitorialità nel percorso nascita

Ciro Capuano, Lucrezia Romiti, Eleonora Stampa,
Daniele Merazzi, Luigi Gagliardi, Martha Traupe,
Giovanna Bestetti 12

L'adesione alle buone pratiche genitoriali in Italia: i dati di NASCITA

Chiara Pandolfini, Antonio Clavenna, Rita Campi,
Massimo Cartabia, Stefano Finazzi; Maurizio Bonati 12

Euro-Peristat: confronto europeo di indicatori di salute materna e perinatale

Rosaria Boldrini, Marina Cuttini, Serena Donati,
Marzia Loghi, Marilena Pappagallo 13

CedAP: una occasione per la ricerca e il miglioramento della qualità delle cure

Franca Rusconi, Monia Puglia, Riccardo Pertile,
Anna Maria Nannavecchia, Enrica Perrone,
Francesca Zambri, Luigi Gagliardi 13

Il Perinatal Italian Network (PIN): primi dati da una collaborazione interdisciplinare tra Ostetrici e Neonatologi

Francesca Ferrari, Daniela Menichini, Giulia Furia,
Giulia Galeati, Fabio Facchinetti 14

Un'indagine sull'assistenza alla gravidanza: il vissuto delle donne

Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Laura Lauria, Simona Mastroeni,
Claudia Ferraro, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli,
Serena Donati per il Gruppo Qualità percepita
nel percorso nascita 14

La cervicometria dopo 24 settimane non è utile come screening universale

Isabella Abati, Enrico Tartarotti, Noemi Strambi,
Viola Seravalli, Mariarosaria Di Tommaso 15

Comportamento assistenziale in neonatologia, in corso di pandemia. Tre anni a confronto

Eleonora Stampa, Lucrezia Romiti, Daniele Merazzi 16

L'assistenza alla nascita durante il COVID, lo studio prospettico ItOSS

Edoardo Corsi Decenti, Donatella Mandolini,
Claudia Ferraro, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli,
Gabriella Martelli, Serena Donati,
Michele Antonio Salvatore 17

Volumi di attività ed esiti in neonatologia. Criticità metodologiche e risultati

Roberto Bellù, Rinaldo Zanini, Anna Cantarutti,
Giovanni Corrao 17

Organizzazione delle TIN, esiti ed altri fattori: interazione, mediazione o ...?

Roberto Bellù, Rinaldo Zanini, Anna Cantarutti,
Giovanni Corrao 18

I ricoveri evitabili in età 0-17 anni in Trentino

Silvano Piffer, Roberto Rizzello, Monica Bonenti 18

Una riflessione critica a 45 anni dall'approvazione della legge 194/1978

Elena Caruso, Marzia Loghi 19

Cure palliative pediatriche: cosa è stato fatto, cosa c'è da fare. Indagine conoscitiva nel territorio salentino

Assunta Tornesello 19

L'opzione COMFORT CARE nel counselling prenatale

Valentina Giardini, Giuseppe Paterlini, Patrizia Vergani 19

Metodologia del processo di aggiornamento della linea guida Gravidanza fisiologica

Edoardo Corsi Decenti, Valerio Carletti, Stefania Dell'Oro, Daniele Farsetti, Caterina Ferrari, Enrico Finale, Simona Fumagalli, Silvia Giovinale, Laura Iannuzzi, Filomena Maellaro, Elena Maggiora, Sara Ornaghi, Francesca Pometti, Aikaterini Selntigia, Letizia Sampaolo 20

Revisioni sistematiche e revisioni rapide: vantaggi e svantaggi

Elena Maggiora, Valerio Carletti, Edoardo Corsi Decenti, Stefania Dell'Oro, Daniele Farsetti, Caterina Ferrari, Enrico Finale, Simona Fumagalli, Silvia Giovinale, Laura Iannuzzi, Filomena Maellaro, Sara Ornaghi, Francesca Pometti, Aikaterini Selntigia, Letizia Sampaolo 21

Infezioni sessualmente trasmissibili in gravidanza: carenza di dati italiani

Sara Ornaghi, Edoardo Corsi Decenti, Valerio Carletti, Stefania Dell'Oro, Daniele Farsetti, Caterina Ferrari, Enrico Finale, Simona Fumagalli, Silvia Giovinale, Laura Iannuzzi, Filomena Maellaro, Elena Maggiora, Francesca Pometti, Aikaterini Selntigia, Letizia Sampaolo 21

Diversa formulazione dei quesiti e interpretazione delle prove

Simona Fumagalli, Valerio Carletti, Edoardo Corsi Decenti, Stefania Dell'Oro, Daniele Farsetti, Caterina Ferrari, Enrico Finale, Silvia Giovinale, Laura Iannuzzi, Filomena Maellaro, Elena Maggiora, Sara Ornaghi, Francesca Pometti, Aikaterini Selntigia, Letizia Sampaolo 22

Il contributo e le sfide della ricerca qualitativa nella stesura di linee guida

Laura Iannuzzi, Valerio Carletti, Edoardo Corsi Decenti, Stefania Dell'Oro, Daniele Farsetti, Caterina Ferrari, Enrico Finale, Simona Fumagalli, Silvia Giovinale, Filomena Maellaro, Elena Maggiora, Sara Ornaghi, Francesca Pometti, Aikaterini Selntigia, Letizia Sampaolo 23

Alcol, tumori e comunicazione. Una storia italiana

Roberto Buzzetti 23

L'emogas cordonale di routine a tutti i nati: sì o no?

Luigi Gagliardi 23

LETTURE

Umani, animali bi-cerebrali: perché dovremmo occuparci di genitori?

Livio Provenzi^{1,2} 24

...a proposito di confidenza

Roberto Bellù 24

Latenza dalla rottura prematura delle membrane al parto

Isabella Abati, Noemi Strambi, Chiara Colucci, Viola Seravalli, Mariarosaria Di Tommaso
Ginecologia e Ostetricia Dipartimento di Scienze Della Salute, Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi

Obiettivi

Valutare la latenza media dalla rottura prematura delle membrane pretermine (pPROM) al parto, e la sua correlazione con l'epoca gestazionale (EG) al momento della pPROM.

Metodi

Studio retrospettivo condotto su gravidanze complicate da pPROM (prima di 37+0 settimane di gestazione), selezionate tra le pazienti ospedalizzate al Dipartimento di Ostetricia dell'Ospedale di Careggi (Firenze) tra Gennaio 2018 e Dicembre 2021. Sono stati raccolti i dati relativi all'EG al momento della pPROM e al parto, ed è stata calcolata la latenza. Sono state escluse pazienti con pessario o cerchiaggio, e casi di malformazioni fetali gravi. Le pazienti sono state divise in 5 gruppi sulla base dell'EG al momento della pPROM (< 24, 24-28, 28-32, 32-34, 34-37). Sono state condotte analisi descrittive e analisi di correlazione.

Risultati

L'incidenza di pPROM nel periodo analizzato è stata del 2% (2/12.702 nascite). Dopo l'applicazione dei criteri di esclusione, è stata selezionata una coorte di 237 gravidanze. L'EG mediana al momento della pPROM è risultata 35,7 settimane (IQR 32,6, 36,4), e nel 71% delle pazienti è avvenuta dopo 34+0 settimane di gestazione. La latenza mediana al parto è risultata 1 giorno. La **Tabella 1** riporta i dati dopo la divisione dei gruppi sulla base dell'EG al momento della pPROM. Sotto a 32+0 settimane di gestazione, è stata evidenziata una correlazione inversa statisticamente significativa tra EG al momento della pPROM e latenza al parto (Spearman's rho -0,45, p = 0,001).

Tabella 1

EG al momento della pPROM	n	EG al parto	Latenza al parto (giorni)	Parto entro 48 h dalla pPROM	Parto entro 7 giorni	Distacco di placenta	Sopravvivenza neonatale
Tutti	237	35.9 (33,6, 36,4)	1 (0,3)	174 (73%)	197 (83%)	2 (0,8%)	234 (98,7%)
<24	11	26.8 (±1,8)	30.8 (±11,2)	0	0	0	10 (91%)
24+0-27+6	29	28.4 (±1,8)	15.5 (±13,1)	4 (13,8%)	11 (37,9%)	0	27 (93%)
28+0-31+6	13	31.8 (±1,8)	13.8 (±10,5)	2 (15,4%)	5 (38,5%)	0	13 (100%)
32+0-33+6	16	33.4 (±0,6)	2 (0,3,5,0)	9 (56,3%)	13 (81,3%)	2 (12%)	16 (100%)
34+0-35+6	168	36,3 (35,7, 36,5)	1,0 (0,1)	159 (94,6%)	168 (100%)	0	168 (100%)

Conclusioni

La latenza varia in accordo con l'EG al momento della pPROM: sotto le 32 settimane di gestazione, prima avviene la pPROM, maggiore è il tempo di latenza al parto. Questi dati potrebbero essere utili al clinico per il counselling delle pazienti con pPROM.

Effetti della parto-analgesia sull'allattamento dei neonati a termine sano con parto vaginale

Lucrezia Romiti, Eleonora Stampa, Daniele Merazzi
Dipartimento Materno-Infantile, Ospedale Valduce Como

Premessa

Data l'importanza che ricopre la capacità innata del neonato di orientarsi a cercare il seno materno, a succhiare e deglutire il colostro, molti ricercatori si sono concentrati sull'effetto che l'analgesia epidurale possa interferire sul comportamento del neonato nelle due ore successive al parto, quando l'oppioide non è stato ancora completamente riassorbito. Ad oggi non ci sono dati univoci che la parto-analgesia influenzi la riuscita dell'allattamento.

Obiettivo

Confrontare gli esiti di allattamento dei neonati a termine con parto vaginale in relazione all'esecuzione della parto-analgesia effettuata alle madri durante il travaglio, a fronte della medesima offerta assistenziale alla nascita.

Metodi

Studio osservazionale longitudinale condotto nel 2022 nei neonati a termine (EG>36⁺⁶), nati con parto vaginale spontaneo o operativo. Sono stati esclusi i neonati piccoli per età gestazionale (SGA), i figli di madre COVID+ e i neonati ricoverati in Patologia neonatale. Le madri del gruppo parto-analgesia (PA) hanno scelto liberamente di effettuare tale procedura. Al momento del parto è assegnato un codice colore in base a fattori di gravità: codice verde (nessun fattore di rischio), codice giallo (fattori di rischio materni, tra cui la PA), codice arancione (fattori di rischio fetali: liquido tinto, alterazioni del tracciato, etc.), codice rosso (emergenza). Il contatto pelle-pelle è subito offerto dopo il parto a tutte le coppie mamma-neonato che hanno avuto buon adattamento neonatale e non hanno richiesto manovre rianimatorie.

Risultati

I neonati analizzati sono stati 695 di cui 167 (24%) nati da madre che ha effettuato parto-analgesia durante il travaglio (PA+) e 528 (76%) del gruppo PA-. Tutti i neonati hanno avuto un punteggio di Apgar tra 9-10 e un peso >10° centile. Il codice arancione era maggiore nelle PA+ (42,5%) rispetto il 24,4% le PA- (p < 0,01).

Non si sono rilevate differenze nelle pratiche assistenziali post-partum: ritardato clampaggio del cordone (93,4% PA+ vs 94,5%); skin-to skin precoce per almeno 60' dalla nascita (92,8% PA+ vs 94,5%). In merito all'allattamento si sono trovate delle differenze: il tempo medio della prima poppata è stato 58' (DS 27,8) nel gruppo PA+ vs 48' (DS 24) nel gruppo PA- (p < 0,001).

I neonati che non hanno effettuato poppata nelle prime 2 ore di osservazione sono stati 45 (26,9% PA+) rispetto i 102 (19,3% PA-) (p < 0,05). La prima poppata entro i 30' è stata del 15,6% PA+ contro il 26,3% nei PA- (p < 0,01); a 60': gruppo PA+ 49,1% contro il 65,3% dei PA- (p = 0,0002).

L'allattamento durante la degenza è stato del 74,3% nel gruppo PA+ rispetto l'85,2% dei PA- (p < 0,01).

Conclusioni

La parto-analgesia pare avere un effetto sugli esiti dell'allattamento sia in termini di precoce suzione sia nel successo dell'allattamento esclusivo durante la degenza. Il comportamento assistenziale di questi neonati con buon adattamento neonatale e tali da definirsi "sani/fisiologici" non è stato differente nei due gruppi: ritardato clampaggio del cordone e skin to skin sono stati sovrapponibili. La differenza di allattamento, nella nostra popolazione, pare quindi riconducibile diretta-

mente alla parto-analgesia, o indirettamente su altre pratiche mediche che possono interferire con la produzione di latte.

Bibliografia

- Andrew MS, Selvaratnam RJ, Davies-Tuck M, Howland K, Davey MA. The association between intrapartum interventions and immediate and ongoing breastfeeding outcomes: an Australian retrospective population-based cohort study. *Int Breastfeed J.* 2022 Jul 5;17(1):48.
- Heesen P, Halpern SH, Beilin Y, Mauri PA, Eidelman LA, Heesen M, Orbach-Zinger S. Labor neuraxial analgesia and breastfeeding: An updated systematic review. *J Clin Anesth.* 2021 Feb;68:110105
- Lam KK, Leung MKM, Irwin MG. Labour analgesia: update and literature review. *Hong Kong Med J.* 2020 Oct;26(5):413-420
- Xu Q, Wu ZF, Yang NN, Shi M, Zhu ZQ. Impact of epidural analgesia during labor on breastfeeding initiation and continuation: a retrospective study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2020 Nov;33(22):3816-3819.

Il pattern familiare della nascita pretermine spontanea - studio caso controllo

Isabella Abati, Noemi Strambi, Mor Huri, Viola Seravalli, Mariarosaria Di Tommaso
Ginecologia e Ostetricia. Dipartimento di Scienze Della Salute. Università degli Studi di Firenze AOU Careggi

Obiettivo

Lo scopo di questo studio è la comprensione del ruolo della storia familiare di parto pretermine (PPT) nel rischio individuale di PPT spontaneo.

Metodi

Studio caso-controllo retrospettivo monocentrico. È stata selezionata una popolazione di 354 pazienti (casi=177; controlli=177), tra le pazienti che hanno partorito presso il Dipartimento di Ostetricia dell'Ospedale Universitario di Careggi (Firenze) nel periodo compreso tra Gennaio 2018 e Dicembre 2020. Tra i casi, sono state incluse pazienti con parto prematuro (prima delle 37⁺ settimane di gestazione); le pazienti con parto a termine nello stesso anno sono state incluse tra i controlli. Le pazienti hanno completato un questionario telefonico a risposta chiusa sulla storia familiare di PPT (compresa la storia familiare del partner). I casi e i controlli sono stati appaiati per quanto riguarda i fattori di rischio anamnestici di PPT.

Risultati

La **Tabella 1** riporta le caratteristiche della storia personale e familiare di PPT delle pazienti e dei loro partner. 17/173 pazienti nel gruppo dei casi hanno riferito di essere nate loro stesse pretermine (9.8%), rispetto a 5/169 (2.9%) del gruppo dei controlli (OR 3.57, CI 95% 1.29-9.92, p-value 0.01). Inoltre, il gruppo dei casi ha riportato più frequentemente di avere un fratello o una sorella nati prematuramente, rispetto al gruppo dei controlli (12.4% versus 4.2%, OR 3.18, CI 95% 1.31-7.70, p-value=0.01). Non è stata trovata associazione tra la storia personale o familiare di prematurità del partner e il rischio della donna di partorire pretermine.

Tabella 1. Dati relativi all'anamnesi personale e familiare della paziente e del partner [Risultati mostrati come numero (percentuale) o come mediana (25°-75° interquartile)]

	Casi	Controlli	Odds Ratio (CI 95%)	P-value
Anamnesi familiare della paziente				
Anamnesi personale di nascita prematura	17/173 (9.82%)	5/169 (2.96%)	3.57 (1.29-9.92)	0.0145
Almeno un fratello o sorella con nascita prematura	21/170 (12.35%)	7/165 (4.24%)	3.18 (1.31-7.7)	0.0103

Altri parenti di primo o secondo grado con nascita prematura	24/146 (16.44%)	15/134 (11.19%)	1.56 (0.78-3.12)	0.207
--	-----------------	-----------------	------------------	-------

Anamnesi familiare del partner

Anamnesi personale di nascita prematura	11/169 (6.51%)	14/160 (8.75%)	0.72 (0.32-1.65)	0.44
Almeno un fratello o sorella con nascita prematura	6/141 (4.26%)	6/122 (4.91%)	0.86 (0.27-2.73)	0.0797
Altri parenti di primo o secondo grado con nascita prematura	9/141 (6.38%)	8/122 (6.56%)	0.97 (0.36-2.6)	0.954

Conclusioni

Le pazienti nate prematuramente o con fratelli o sorelle nati prematuramente hanno un aumentato rischio di PPT durante la propria gravidanza. La valutazione della storia personale e familiare di PPT di una donna in fase preconcezionale o durante la prima visita in gravidanza è importante per la stratificazione del rischio di PPT e per un appropriato counselling e follow-up.

Bibliografia

- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet.* 2008 Jan 5;371(9606):75-84
- Shah PS, Shah V; Knowledge Synthesis Group On Determinants Of Preterm/LBW Births. Influence of the maternal birth status on offspring: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(12):1307-18.
- Porter TF, Fraser AM, Hunter CY, Ward RH, Varner MW. The risk of preterm birth across generations. *Obstet Gynecol.* 1997 Jul;90(1):63-7.

Parto pretermine, distress materno e fattori di rischio

Marina Cuttini¹, Laura Montelisciani², Alessandra Valletti¹, Domenico Di Lallo², Franca Rusconi³, Fabio Voller³, Valeria Chianotto⁴, Maria Cristina Fertz⁵, Silvana Miniaci⁶, Virgilio Carnielli⁷

- ¹Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma;
- ²Agenzia Regionale di Sanità del Lazio, Roma;
- ³Agenzia regionale di Sanità della Toscana, Firenze;
- ⁴Ospedale S. Maria della Misericordia, Udine;
- ⁵Ospedale Burlo Garofolo, IRCCS, Udine;
- ⁶Ospedale Pugliese-Ciaccio, Catanzaro;
- ⁷Ospedale Salesi, Ancona

Obiettivi

1. Valutare la prevalenza di sintomi di ansia/depressione ("distress") nelle madri di nati altamente pretermine di 2 anni di età corretta e controlli a termine.
2. Identificare i possibili fattori di rischio.

Metodi

Lo studio si basa sui dati di follow-up della coorte ACTION: nati altamente pretermine in 5 regioni e controlli a termine, appaiati per sesso e area di residenza [1]. Le informazioni sulla salute di madri e bambini ai due anni di età corretta sono state raccolte mediante intervista telefonica. Il distress materno è stato misurato con il General Health Questionnaire, versione breve (GHQ-12), validato in italiano [2], con cut-off superiore a 1. Per motivi di comprensione verbale, sono state considerate soltanto madri italiane: 733 per il gruppo pretermine e 380 per i controlli. L'analisi statistica multivariata per identificare i possibili fattori di rischio è stata condotta mediante modello di Poisson modificato [3]. I valori mancanti nelle variabili predittrici sono stati imputati [4].

Risultati

La prevalenza di distress materno era 32.2% (IC 95% 28.8-35.7) nel gruppo pretermine e 26.3% (21.9-31.0) in quello a termi-

ne ($p=0.046$). I fattori di rischio includevano problemi comportamentali (alimentazione, sonno) del bambino; e uno o più eventi avversi (malattia, separazione, difficoltà finanziarie, ecc.) verificatisi successivamente al parto. Avere una attività lavorativa aveva invece un effetto protettivo.

Conclusioni

Il distress materno ai due anni di età del bambino, pretermine e non, ha una prevalenza elevata. Alla luce della sua rilevanza per il benessere materna, della coppia, e per la relazione madre-bambino, è importante discutere l'utilizzo di sistemi di screening durante la gravidanza e nel post-partum.

Bibliografia

1. Cuttini M, Caravale B, Carnielli V, et al. A two-year follow-up study of very preterm infants in Italy: aims and study design. *Paediatr Child Health* 2009;19:145-151.
2. Piccinelli M, Bisoffi G, Bon MG et al. Validity and test-retest reliability of the Italian version of the 12-item General Health Questionnaire in general practice: a comparison between three scoring methods. *Compr Psychiatry* 1993;34:198-205.
3. Zou G, Donner A. Extension of the modified Poisson regression model to prospective studies with correlated binary data. *Statistical Methods in Medical Research*. 2013;22:661-670.
4. White IR, Royston P, Wood AM. Multiple imputation using chained equations: Issues and guidance for practice. *Stat Med*. 2011;30(4):377-99.

Gemellarità: una difficoltà gestionale non solo familiare. Protocollo di studio

Chiara Peila, Lorenzo Riboldi, Alessandra Coscia, Elena Spada

SC Neonatologia Universitaria, Dipartimento di Scienze della Sanità pubblica e Pediatriche, Università di Torino

Introduzione

Negli ultimi decenni la frequenza di gravidanze gemellari è aumentata costantemente in tutti i Paesi sviluppati, aumento dovuto principalmente all'incremento della procreazione medico assistita. Attualmente i dati presenti in Letteratura sottolineano come la gemellarità sia un fattore di rischio per nascita pretermine con un aumento di mortalità e morbilità cumulativa, intesa come la presenza di almeno una delle principali patologie del neonato pretermine. D'altro canto, non è chiaro quanto questo aumento di rischio sia un effetto diretto della gemellarità, e quanto sia mediato alla bassa età gestazionale alla nascita associata alla gemellarità stessa.

Scopo

Lo scopo di questo contributo è quello di descrivere la costruzione di un protocollo di studio mirato alla valutazione dell'eventuale associazione tra gemellarità e due tra i principali *outcome* a breve termine ad alta rilevanza clinica, quali l'anemia del pretermine e le alterazioni ecoencefalografiche associate ad *outcome* sfavorevole a lungo termine, in una popolazione di neonati pretermine (< 37 settimane di EG).

Procedimento

Si è pianificato uno studio osservazionale, monocentrico longitudinale con raccolta dati retrospettiva. Per avere un sufficiente numero di casi e, contemporaneamente, poter assumere che le condizioni di cura fossero abbastanza simili, si è pensato di raccogliere i dati di tutti i neonati pretermine degli ultimi due anni (2021-2022), nati c/o la SC. Neonatologia U. di Torino. Sono esclusi i neonati con malformazioni maggiori, patologie genetiche o metaboliche neonatali, malattia emolitica neonatale e terapia farmacologica materna che possa incidere sulla crasi ematica.

Gli *outcome* sono definiti come:

- anomalia ecoencefalografica: una qualunque anomalia tra Emorragia Intraventricolare, Leucomalacia Cistica Periventricolare, Stroke e Dismorfismo Ventricolare, valutata a 40 settimane di EG;
- valori emocromocitometrici patologici in epoca precoce rispetto alla nascita (entro le prime 48 ore di vita) o tardiva (4-6 settimane di vita; 8-10 settimane di vita). In considerazione della difficoltà di poter dare una definizione di anemia del pretermine per la mancanza di valori di cut-off specifici, in quanto in letteratura sono presenti solo valori soglia per l'indicazione alla trasfusione (dati in settimane di vita per categorie di peso) oppure normogrammi per EG, l'anemia verrà valutata in termini di z-score utilizzando i riferimenti per i neonati pretermine dei 3 parametri essenziali: emoglobina, ematocrito e reticolocitosi.

Si raccolgono tutte le variabili materne/neonatali che potrebbero essere associate alla gemellarità, agli *outcome*, o utili a fine descrittivo della popolazione. I Draw and Analyze causal Diagram (1) saranno usati per la visualizzazione delle relazioni tra le variabili e la conseguente definizione delle covariate da inserire nei modelli lineari generali usati per l'analisi.

Bibliografia

1. <http://www.dagitty.net/>

Dal quesito clinico alla pianificazione di uno studio caso-controllo

Elena Spada, Alessandra Coscia, Martina Capitanio, Francesco Pellegrino, Chiara Peila

SC Neonatologia Universitaria, Dipartimento di Scienze della Sanità pubblica e Pediatriche, Università di Torino

Introduzione

Nei neonati i disordini intestinali chirurgici (DIC) sono una tra le più gravi complicanze perché associati a mortalità e morbosità a lungo termine, ed includono l'enterocolite necrotizzante, la perforazione intestinale spontanea, l'ileo da meconio. Osservazioni cliniche suggeriscono che la gemellarità potrebbe essere associata al rischio di DIC [1-2]. Scopo di questo contributo è descrivere la pianificazione di uno studio per indagare tale associazione.

Procedimento

Data la rarità dell'evento uno studio retrospettivo (caso-controllo) è risultato quello più adatto. La popolazione target è la popolazione di neonati di qualunque età gestazionale. L'endpoint primario è definito come l'insorgenza di DCI tra la nascita e le dimissioni, da cui il caso è il neonato con insorgenza di DCI in quell'intervallo, e il controllo il neonato senza. La fonte dei dati è il dataset ospedaliero dell'ospedale S. Anna di Torino (studio monocentrico) da cui si sono raccolte le informazioni dei nati tra il 2010 and 2020 per avere un sufficiente numero di casi e, contemporaneamente, poter assumere che le condizioni di cura siano rimaste abbastanza simili. Unico criterio di esclusione è il valore mancante in variabili incluse nei modelli di analisi. Oltre alla gemellarità e all'insorgenza di DIC, si sono raccolte altre variabili materne o infantili che potrebbero essere associate all'esposizione o all'*outcome*, o utili a fine descrittivo. L'uso dei Draw and Analyze causal Diagrams [3] aiuta nella visualizzazione delle relazioni tra le variabili e nella definizione delle covariate da inserire nella regressione logistica per la stima dell'effetto diretto e totale. Per effetto diretto si intende l'OddsRatio (OR) dei gemelli vs singoli a parità delle altre condizioni, ovvero l'effetto aggiunto dal solo fatto di essere gemello; per effetto totale, invece, si intende l'OR dei gemelli vs singoli, ovvero l'effetto diretto sommato all'effetto mediato da altre variabili (es: età gestazionale).

Dal 2010 al 2020 si sono registrati 72 casi, di cui 3 sono esclusi per mancanza di informazioni. Per ognuno dei 69 casi, si estraggono casualmente 4 controlli. Con questo campione, assumendo il 30% di gemelli nei controlli, OR tra casi e controlli di 1,5, errore di primo tipo 5%, ed eseguendo un test a 2 code, emerge che la potenza è circa il 30%. Con gli stessi assunti, una potenza dell'80% si ottiene osservando almeno 261 casi.

Conclusioni

Il più grande limite è la bassa potenza, dovuta al numero esiguo di casi osservati nonostante l'ampio intervallo temporale. Si è pensato di usare i risultati che si otterranno per pianificare un altro studio multicentrico con la possibilità di avere un numero di casi maggiori e quindi aumentare la potenza. Occorre sempre ricordare che gli studi retrospettivi non permettono la stima dei rischi, ma solo degli Odds, i quali hanno un significato diverso che bisogna tenere ben presente nell'interpretazione dei risultati.

Bibliografia

1. Burjonrappa SC, Shea B, Goorah D. NEC in Twin Pregnancies: Incidence and Outcomes. *J Neonatal Surg.* 2014 Oct 20;3(4):45. PMID: 26023516; PMCID: PMC4420336.
2. Ward C, Caughey AB. Late preterm births: neonatal mortality and morbidity in twins vs. singletons. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022 Dec;35(25):7962-7967. doi: 10.1080/14767058.2021.1939303. Epub 2021 Jun 21. PMID: 34154507.
3. <http://www.dagitty.net/>

Timing del precoce allattamento al seno e calo ponderale nei neonati fisiologici

Daniele Merazzi, Lucrezia Romiti, Eleonora Stampa
Dipartimento Materno-Infantile, Ospedale Valduce Como

Premessa

Tutti gli organismi interazionali e le società scientifiche che tutelano la salute dell'infanzia sostengono da tempo l'importanza di un contatto precoce dopo il parto anche per garantire un maggiore probabilità di successo dell'allattamento con tutti i benefici che comporta.

Obiettivo

Valutare se vi è correlazione tra la tempistica della prima poppata dopo il parto e calo ponderale durante la degenza ospedaliera, non essendo a conoscenza di riferimenti della letteratura a tal riguardo.

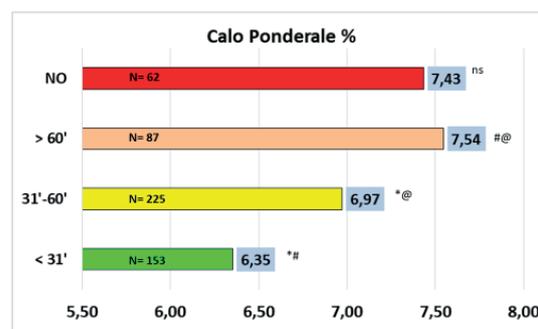
Metodi

Studio osservazionale retrospettivo effettuato dal Marzo a Dicembre del 2022 nei neonati a termine (EG > 36⁺⁶), nati con parto vaginale e che hanno effettuato allattamento esclusivo (Hu) per tutta la durata della degenza (l'assunzione di 10 ml di latte formulato è stato classificato come allattamento misto). Sono stati presi in considerazione i neonati che non hanno necessitato di assistenza rianimatoria e che hanno effettuato contatto pelle-pelle con mamma per oltre 60 minuti nelle prime 2 ore di vita (StS).

Risultati

I neonati considerati sono stati 527 di cui 465 (88,2%) sono riusciti ad avere una iniziale suzione al seno nelle prime 2 ore di StS. Il calo ponderale medio dei 527 neonati allattati esclusivamente al seno è stato del 6,94% (DS 1,83) e del 6,87% (DS 1,84) nei 465 neonati che hanno effettuato una poppata nel periodo di StS rispetto al calo del 7,43% (DS 1,69) dei 62 neonati che non hanno effettuato la prima poppata nelle prime 2 ore. Suddividendo inoltre il timing della prima poppata in intervalli di 30' la correlazione con il calo ponderale è stata la se-

guente: Gruppo A= 0-30' 153 neonati con calo ponderale medio 6,35% (DS 1,81); Gruppo B= 31'-60' (225 nati) calo del 6,97% (DS 1,77); Gruppo C= prima poppata oltre i 60' (87 neonati) calo del 7,54% (DS 1,81). Gruppo D= non allattamento nelle prime 2 ore (62 neonati) calo del 7,43% (DS 1,69). L'analisi statistica ha dimostrato una significatività (p < 0,05) tra i vari gruppi (A vs B; A vs C; B vs C) mentre invece non vi differenza statistica tra i gruppi C e D p=ns.



Nati > 36 Wk; da parto vaginale, allattamento esclusivo durante la degenza. Tot = 527 con 88,2% Prima Poppata < 2 ore

Figura 1 Relazione tra timing della prima poppata e calo ponderale in neonati fisiologici. Raggruppamento per intervalli di 30'. #@p < 0,05

Conclusioni

È noto che il precoce e protratto contatto pelle-pelle dopo il parto favorisce il successo dell'allattamento ed in particolare se la prima poppata avviene nella prima ora di vita. Nel nostro studio osservazionale retrospettivo è emersa la correlazione tra timing della prima poppata e calo ponderale mediamente più contenuto quanto prima avviene il primo attacco al seno. Ciò rafforza ulteriormente la necessità di promuovere il precoce e continuativo contatto pelle-pelle post-parto e organizzare l'attività routinaria in modo da non interferire con questa pratica e rinviare le procedure non essenziali (es profilassi, misure antropometriche, visite mediche e spostamenti logistici della diade mamma-neonato) a un periodo successivo. Un limite di questo studio è l'assenza di informazioni in merito alla parità e a pregresse esperienze di allattamento.

Bibliografia

- Jayaraj Predisposing factors for excessive loss of weight in exclusively breastfed term and late preterm neo. *J Mat Fetal Neon Med* 2020
- Mulder Excessive Weight Loss in Breastfed Infants During the Postpartum Hospitalization. *JOGNN* 2010 39 15
- Di Tommaso Systematic Review of Expected Weight Changes After Birth for Full-Term, Breastfed Newborns. *JOGNN* 2019 48 593
- Breastfeeding Med 2021 16 Mezzacappa Excessive weight loss in exclusively breastfed full-term newborns in a Baby-Friendly Hospital. *Breastfeeding Med* 2021 16
- Smith First-Day Use of the Newborn Weight Loss Tool to Predict Excess Weight Loss in Breastfeeding Newborns. *Breastfeeding Med* 2021 16
- Early weight loss and weight gain in healthy, full-term, exclusively-breastfed infants. *Breastfeeding Review* 2014 22 31

Autismo: intercettazione precoce tramite Digital Screening in Regione Lombardia

Noemi Buo, Paola Colombo, Silvia Busti, Massimo Molteni
IRCCS MEDEA - Associazione La Nostra Famiglia

Obiettivi

Il Disturbo dello Spettro Autistico (ASD) è un disturbo del neurosviluppo e rappresenta una delle sindromi più complesse e, nelle forme più gravi, difficilmente gestibili che emergono in età evolutiva. In Italia, si stima che 1 bambino su 77 (età 7-9 anni) presenti un disturbo dello spettro autistico con una

prevalenza maggiore nei maschi [1]. L'individuazione precoce del rischio e un tempestivo intervento possono prevenire il progressivo sviluppo di atipie comportamentali e avere un impatto significativo sulla qualità della vita del bambino e della famiglia [2]. Le Linee guida dell'American Academy of Pediatrics raccomandano da oltre un decennio l'uso di strumenti di screening specifici per i disturbi dello spettro Autistico alle visite di controllo dei 18 e dei 24 mesi [3], anche se molti bambini non ricevono diagnosi precoce o intervento a causa della mancanza di collegamenti diretti tra cure primarie e strutture specializzate. In questo contesto, la telemedicina può giocare un ruolo importante per favorire, rafforzare e velocizzare gli scambi all'interno della rete curante.

Metodi

L'IRCCS E. Medea – Associazione La Nostra Famiglia negli ultimi anni ha sviluppato e implementato un sistema di Telemental Health per lo screening precoce del Disturbo dello Spettro Autistico, realizzando un'innovativa piattaforma web-based: www.win4asd.it – Web Italian Network for Autism Spectrum Disorder, destinata ai pediatri di famiglia, per lo screening dell'autismo durante il bilancio di salute dei 18 mesi (CHAT – Checklist for Autism in Toddlers) [4], e per l'interconnessione tra servizi di cure primarie e servizi specialistici [5].

Risultati

Grazie al progetto "REAL 2.0 - Rete di Coordinamento per il Disturbo dello Spettro Autistico in Regione Lombardia", promosso dall'Osservatorio Nazionale Autismo, e alla sua integrazione con il "Piano Operativo Autismo" (DGR n. 5415 del 25 ottobre 2021), la piattaforma WIN4ASD per l'individuazione precoce dei soggetti a rischio ha visto una diffusione capillare in tutto il territorio regionale. La piattaforma conta attualmente un numero complessivo di 1175 pediatri registrati a copertura del numero totale dei Pediatri di Libera Scelta operanti in Regione Lombardia, con una percentuale di pediatri attivi del 59%. Nell'ultimo anno lo screening Chat è stato somministrato a 12439 pazienti di popolazione generale; di questi 188 sono stati inviati ai servizi di NPI in modalità fast-track. I dati dettagliati sono riportati in tabella.

Conclusioni

La digitalizzazione del sistema di screening rappresenta un potenziale considerevole per la costruzione di quella rete curante che accompagna lo sviluppo dei bambini con autismo dalla diagnosi precoce alla presa in carico clinica tempestiva. L'estensione della piattaforma all'intero territorio regionale, e una sua possibile integrazione con i sistemi informativi NPI, può consentire una raccolta dati sulla popolazione generale con valenza di studio epidemiologico.

Bibliografia

- OssNA, 2019. Available online: <https://www.salute.gov.it/>
- Zwaigenbaum & Penner. Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *BMJ*. 2018; 361:k1674.
- American Academy of Pediatrics, Council on Children With Disabilities. Policy statement: identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2006; 405:420.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S, Cox A, et al. Early identification of autism by the CHAT for Autism in Toddlers (CHAT). *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2000;93(10):521-525.
- Colombo P, Buo N, Busti Ceccarelli S, Molteni M. Integrating a New Online Platform in Primary Care for Early Detection, Referral, and Intervention in Autism Spectrum Disorder: The First Italian Pivotal Project. *Brain Sci*. 2022 Feb 12;12(2):256.

Assets-based clinical delivery empathic (ABCDE) model per un'assistenza globale

Paola Rosati

Esiti e Percorsi Clinici, Osp. Bambino Gesù, IRCCS, Roma; Evelina Children's Hospital, Dept. Women and Children's Health, King's College London, KCL, UK

Obiettivi

Creare un nuovo modello di assistenza che integri il corrente modello risk-based (che valuta solo deficit da malattia) con gli assets non finanziari (aspettative, desideri, capacità individuali e relazionali, valori) mobilizzati con tecniche di empatia clinica in pazienti, famiglie e sanitari coinvolti nelle cure. Il fine è produrre salute (salutogenesi) e benessere globale sia dei pazienti che dei sanitari coinvolti (assets-based clinical delivery empathic, ABCDE, model). Presentiamo i risultati preliminari di una revisione sistematica (RS). L'analisi tematica (AT) qualitativa in corso ha permesso di estrarre dagli studi inclusi gli assets studiati e le strategie asset-led attuate dalla maternità all'adolescenza.

Metodi

La RS, con ricerca su 5 DB (MEDLINE, Cochrane Library, CINAHL, PsychINFO e Web of Science) e seguendo la checklist Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), ha incluso studi sperimentali con qualsiasi disegno che hanno valutato interventi e strategie asset-led nelle maternità, nei bambini e negli adolescenti ricoverati. Importati i dati nel software NVIVO per il coding, sono iniziate le iterazioni tra 4 revisori, secondo il metodo a 6 step della AT, e analizzati i temi da includere nel modello preliminare ABCDE. Tale modello sarà sperimentato sul campo in workshop e focus group per la co-produzione (co-design) con sanitari e pazienti di un modello definitivo per l'implementazione. (*Protocollo su PROSPERO 2022* https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42022384081)

Risultati

Dal totale di 3.017 record trovati, seguendo il PRISMA abbiamo incluso 18 studi. L'AT in corso ha generato i temi iniziali per espandere i concetti e le strategie di mobilitazione asset-led riportati dagli studi primari. I cinque temi preliminari emersi sono: spiritualità nelle maternità e negli adolescenti con disturbi psichiatrici; consapevolezza ed efficacia nel self-care in bambini con dolore medico o post-chirurgico e in adolescenti con diabete di tipo 1; speranza e autostima nei bambini con cancro stimolate da strategie strengths-based e motivazionali; assets esterni configurati in sociogrammi e genogrammi in ricovero; creative assets (musica, arte, gioco) stimolati con strategie adeguate per i bambini ricoverati e i loro fratelli sani.

Conclusioni

In una visione di salute in senso olistico, coinvolgere empaticamente gestanti, bambini, adolescenti, familiari, e i sanitari che li assistono, è essenziale. L'integrazione del corrente modello risk-based con un modello ABCDE permetterà, dopo discussione e condivisione con sanitari, pazienti e familiari, di co-produrre e identificare gli assets più adeguati ai contesti locali e i nuovi strumenti di assistenza per la loro mobilitazione. È obbligo morale dei sanitari, nel prendersi cura dei pazienti quali esseri umani, di perseguire esiti salutogenici da implementare in neonatologia, pediatria e in tutti gli ambiti clinici.

Bibliografia

- Kretzmann & McKnight 1993. http://www.povertystudies.org/TeachingPages/EDS_PDFs4WEB/ABCD-Bldg-communities-from-inside-out.pdf

- Braun & Clarke 2021. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Dombrádi et al 2021 doi: 10.1108/JHOM-07-2020-0287
- Gray M. 2017 Value based healthcare. doi: 10.1136/bmj.j437
- Page et al. BMJ 2021. doi: 10.1136/bmj.n71.
- Peters D et al. 2021 Co-design doi:10.1080/15710882.2020.1715444

Modello di piattaforma digitale a supporto della genitorialità

Martina Caglioni, Luca Cerniglia

Department of Psychology, Uninettuno Telematic International University, Rome, Italy

La gravidanza, il parto e la maternità costituiscono fasi di profonda trasformazione nella vita della donna e sono accompagnati da cambiamenti sociali, emotivi, fisici e ormonali¹. Mentre questo periodo di transizione può essere accolto con grande gioia, è vero che per molti genitori rappresenta un momento di stress e vulnerabilità, al punto da causare disagio alla salute mentale². In particolare, una buona percentuale di neo-mamme sperimenta una o più componenti del cosiddetto "perinatal distress umbrella" (stress, ansia e depressione), con una prevalenza stimata tra il 10 e il 15% in gravidanza [1-3].

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito l'ottimizzazione della salute mentale materna come un gold standard della salute pubblica [4]. Per colmare la carenza di strumenti di screening, diagnosi e supporto per le donne nel periodo postpartum, questo progetto consiste nell'implementazione di un programma per le donne in gravidanza e nell'immediato postpartum.

Per colmare la carenza di strumenti di screening, diagnosi e supporto alle donne nel periodo del postpartum, questo progetto consta nell'implementazione di un programma per le donne in gravidanza e nell'immediato postpartum. Esso si sviluppa attraverso una piattaforma di e-learning a distanza basata sulla metodologia didattica della non-formal education e del problem based learning (PBL). L'obiettivo di questo progetto è quello di rendere le donne maggiormente consapevoli e competenti rispetto agli eventi caratterizzanti la gravidanza, creando un modello multi-layer di salutogenesi integrato attraverso la risorsa dell'apprendimento a distanza, facilmente accessibile e consultabile in qualsiasi momento. Più nello specifico, questo progetto si pone i seguenti obiettivi:

- fornire un supporto alla genitorialità;
- identificare precocemente i fattori di rischio per la depressione postpartum;
- definire e potenziare percorsi di resilienza;
- eseguire una valutazione clinica (dove necessario);
- intervenire per la risoluzione.

A tal fine, si costituisce su quattro differenti livelli:

1. **prevenzione primaria:** interventi informativi e formativi rivolti all'intera popolazione di donne gravide (L1);
2. **prevenzione secondaria:** primo assesment, identificazione delle donne con aumentati fattori di rischio rispetto alla depressione postpartum e potenziamento dei percorsi di resilienza, guidate da professionisti della salute (L2);
3. **valutazione clinica ed eventuale intervento** di donne che, nonostante gli interventi di potenziamento dei percorsi di resilienza necessitano di ulteriore valutazione da parte del clinico e intervento mirato identificato (L3);
4. **ricerca:** spazio nella piattaforma dedicato alla raccolta ed estrapolazione di dati.

Poiché esiste una lacuna negli interventi italiani per donne e partners specificamente indirizzati allo screening della depressione postpartum, riteniamo che questa piattaforma darà la possibilità sia agli operatori sanitari che alle famiglie di assistere ed essere assistiti in modo adeguato, al fine di prevenire, diagnosticare e curare la depressione postpartum.



Figura 1. Il grafico a sinistra indica il campione di popolazione a cui vengono erogati in differenti livelli (L1, L2, L3) gli interventi previsti dalla piattaforma (grafico a destra). Come si evince dal grafico, il servizio erogato dalla piattaforma aumenta (aumentando dunque il numero di interventi e il numero dei professionisti coinvolti) in corrispondenza di una maggiore selezione della popolazione. Infatti, solo superando i cut off predefiniti dallo sperimentatore, le donne verranno inserite attraverso una randomizzazione nel livello successivo di intervento. Il fine ultimo è quello di poter garantire una cura personalizzata alla popolazione anche attraverso strumenti digitali.

Bibliografia

1. Sun, K., & Wang, X. (2022). Real-world pharmacological treatment of patients with postpartum depression in China from 2016 to 2020: A cross-sectional analysis. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 30(10), 1418-1425.
2. Sbrilli, M. D., Haigler, K., & Laurent, H. K. (2021). The indirect effect of parental intolerance of uncertainty on perinatal mental health via mindfulness during COVID-19. *Mindfulness*, 12(8), 1999-2008.
3. Dimidjian, S., & Goodman, S. (2009). Nonpharmacological intervention and prevention strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3), 498.
4. Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. (2020). Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of affective disorders*, 277, 5-13.

I consultori familiari a supporto della salute mentale materna in gravidanza

Ilaria Lega¹, Simona Mastroeni¹, Caterina Ferrari², Claudia Ferraro¹, Silvia Androozzi¹, Mauro Bucciarelli¹, Enrica Pizzi¹, Laura Lauria¹, Serena Donati¹ per il Gruppo

ISS Salute mentale perinatale – Primi 1000 giorni

¹ Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità;

² Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

Introduzione

I disturbi d'ansia e depressivi sono fra le condizioni morbose che più spesso accompagnano la gravidanza [1]. Il NICE raccomanda la valutazione dei fattori di rischio psicosociale e l'utilizzo di appropriati strumenti di screening per favorire il riconoscimento dei disturbi mentali perinatali alla prima visita in gravidanza; in presenza di un problema di salute mentale riconosciuto o sospetto, la valutazione specialistica per stabilire la necessità di un trattamento deve essere garantita tempestivamente [2]. In Italia i consultori familiari (CF) rappresentano il principale presidio di riferimento per l'identificazione precoce dei disturbi mentali perinatali e per stabilire un collegamento con i servizi specialistici [3].

Obiettivi

Raccogliere informazioni sul ruolo dei CF per la tutela della salute mentale della donna nel periodo preconcezionale, in gravidanza e nei primi mesi dopo il parto in 15 Aziende sanitarie del Nord, Centro e Sud del Paese, con particolare riferimento a: i. valutazione sistematica della presenza di fattori di rischio per disturbi mentali perinatali; ii. utilizzo di proce-

ture di screening raccomandate per il riconoscimento dei disturbi mentali comuni; iii. continuità della presa in carico con i servizi psichiatrici territoriali per le donne con un disturbo mentale.

Metodi. È stata sviluppata una scheda di raccolta dati ad hoc, implementata online tramite LimeSurvey, costituita da 66 domande suddivise in 7 sezioni: periodo preconcezionale, gravidanza, dopo parto e primi mesi di vita del bambino, modelli di intervento, protocolli e PDTA per i disturbi mentali perinatali, formazione e partecipazione a progetti di ricerca, utenti e prestazioni. Un gruppo di 12 esperti nazionali ha partecipato alla revisione dello strumento.

Risultati

Nel luglio-dicembre 2022, i servizi consultoriali delle 15 Aziende sanitarie coinvolte hanno partecipato all'indagine a livello aziendale (n=7), distrettuale (n=5) o di singola sede di CF (n=3). Presso la maggior parte dei CF partecipanti la prima visita in gravidanza prevede la valutazione dei principali fattori di rischio psicosociale per disturbi mentali perinatali (73%-100%, per i diversi fattori). Il 63% dei CF utilizza uno strumento di screening raccomandato per l'identificazione di un disturbo depressivo, l'8% di un disturbo d'ansia. Il 62% garantisce un appuntamento presso il servizio di salute mentale alle donne in gravidanza con un disturbo depressivo o d'ansia non trattato entro 2 settimane, il 39% dispone della consulenza di uno specialista della salute mentale perinatale presso la propria sede (42% al Nord, 29% al Centro-Sud). Ulteriori analisi sono in corso.

Conclusioni

I risultati preliminari indicano che i CF dedicano attenzione al tema della salute mentale in gravidanza, in particolare alla presenza di fattori di rischio psicosociale e al riconoscimento dei disturbi depressivi. È necessario promuovere l'adozione su larga scala delle buone pratiche raccomandate a livello internazionale.

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute - CCM

Bibliografia

1. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry* 2020;19(3):313-327.
2. NICE. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. 2014.
3. Grussu P, Lega I. Salute mentale perinatale e consultori familiari In Lauria L, Lega I, Pizzi E, Bortolus R, Battilomo S, Tamburini C, Donati S (Ed.). *Indagine nazionale sui consultori familiari 2018-2019. Risultati generali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. Pag. 133

I risultati della Sorveglianza Bambini 0-2 anni-2022 a sostegno della promozione di interventi di salute pubblica nei primi 1000 giorni di vita

Enrica Pizzi, Michele Antonio Salvatore, Laura Lauria, Serena Donati, Mauro Bucciarelli, Silvia Andreozzi, Monica Pirri, Claudia Ferraro e il Gruppo di Lavoro Sorveglianza Bambini 0-2 anni-2022

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Background

Il tema dello sviluppo precoce dei bambini rientra a pieno titolo nei Sustainable Development Goals 2015-2030 che lo promuovono a livello globale. Le linee d'indirizzo OMS - Improving Early Child Development - forniscono inoltre indicazioni per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia. Le evidenze scientifiche di fatti mostrano che le azioni volte alla riduzione dell'esposizione a fattori di rischio e alla promozione di fattori protettivi nelle prime epoche del-

la vita permettono non solo di prevenire problemi di salute nei bambini, ma anche di sviluppare le loro potenzialità per favorire la salute e il benessere in età adulta. In questa cornice si inserisce la Sorveglianza Bambini 0-2 anni, promossa dal Ministero della Salute, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzata in collaborazione con le Regioni e Province Autonome.

Obiettivo

Raccogliere dati di popolazione con l'obiettivo di monitorare i fattori protettivi e di rischio, definire le priorità di intervento e promuovere politiche e azioni di salute pubblica nell'area dello sviluppo della prima infanzia.

Metodi

L'indagine è di tipo campionario, condotta presso i centri vaccinali delle Regioni partecipanti, dove le mamme di bambini di 0-2 anni autocompilano un questionario anonimo in occasione degli appuntamenti vaccinali. Le tematiche indagate riguardano: l'assunzione periconcezionale di acido folico, il consumo di alcol e fumo in gravidanza e in allattamento, l'allattamento, la posizione in culla, l'utilizzo del seggiolino in auto, gli incidenti domestici, le intenzioni vaccinali, la lettura precoce in famiglia e l'esposizione dei bambini a schermi.

Risultati

Nell'ultima edizione del 2022 sono state intervistate oltre 35.000 mamme in 18 regioni con un tasso di partecipazione >95%. Tra i principali risultati, sebbene oltre il 90% delle mamme abbia assunto acido folico in gravidanza, solo il 32,1% lo ha assunto appropriatamente. L'allattamento esclusivo ha interessato il 30% dei bambini di 4-5 mesi, mentre il 13% non è mai stato allattato. Il 6,4% e l'8,7% delle mamme ha dichiarato di aver fumato rispettivamente in gravidanza e allattamento, mentre il 38,0% dei bambini è risultato potenzialmente esposto a fumo passivo in casa. Le quote di bambini a cui non sono stati letti libri nell'ultima settimana sono pari a 58,3% nella fascia d'età 2-5 mesi e 32,5% nella fascia 11-15 mesi, mentre i bambini esposti a schermi sono rispettivamente il 22,1% e 58,1% nelle due fasce di età. I risultati hanno mostrato forti differenze con uno svantaggio delle regioni del Sud e dei gruppi socio-economici più svantaggiati (mamme meno istruite, con difficoltà economiche, con cittadinanza straniera).

Conclusioni

I risultati evidenziano come i comportamenti favorevoli al pieno sviluppo psico-fisico dei bambini non siano sempre garantiti e sottolineano la necessità di interventi in età precoce anche con l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze emerse.

Sorveglianza dello sviluppo attraverso l'osservazione (la valutazione) della relazione genitori-bambino

Claudio Chiamenti

Associazione Culturale Pediatri

La psicopatologia dello sviluppo, la psicoanalisi relazionale e la teoria dell'attaccamento sostengono l'idea che lo sviluppo del sé non sia un processo individuale, ma interpersonale e intersoggettivo. All'interno delle relazioni primarie si sviluppa la personalità del bambino, la sua capacità di regolare le emozioni e la possibilità di costruire le rappresentazioni di sé e degli altri. Studi hanno mostrato un'associazione tra i disturbi delle relazioni precoci e alterazioni dei sistemi neurali che controllano la resilienza emotiva, con vulnerabilità a lungo termine.

L'obiettivo del progetto è facilitare l'interfaccia genitori-bambino durante il primo sviluppo attraverso l'analisi del tipo di

comunicazione e dello stile di accudimento, e aiutare il genitore ad aggiustare i piccoli fallimenti interattivi, che fanno parte del normale sviluppo, in modo da contribuire alla crescita armonica della famiglia costruendo una consapevolezza nella trasmissione degli aspetti pedagogici e di quelli affettivi, mirati alla formazione della persona.

Il progetto prevede di estendere le attività di prevenzione fornite da un consultorio familiare convenzionato attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita. L'intervento consiste nell'offerta, dopo la nascita, ai genitori - reclutati da ostetriche, ginecologhe/i, psicoterapeute durante la gravidanza - di incontri della durata di 45', condotti da un pediatra neuropsichiatra infantile. Il numero di incontri può variare da 1 a 4, in base alle tematiche che emergono. La valutazione si basa sullo studio dell'interazione tra i componenti della famiglia attraverso l'osservazione diretta e l'utilizzo di filmati.

Il calendario potrebbe seguire quello dei Touchpoint di Bery Brazelton (1 mese, 2/3 mesi, 5/6 mesi, 8/9 mesi, 12, 18, 24, e 36 mesi).

Bibliografia

- CD:0-3R. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia. Giovanni Fioriti Editore. 2008
- Manuale Diagnostico Psicodinamico. PDM-2, 0/18. Infanzia e adolescenza. A cura di Vittorio Lingiardi, Dipartimento Materno-Infantile - UOC Ostetricia e UOC Neonatologia - Ospedale Valduce Como Nancy McWilliams, Anna Maria Speranza. Raffaello Cortina Editore. 2020

Tra istruzione, informazione e attivazione di competenze: il sostegno alla genitorialità nel percorso nascita

Ciro Capuano¹, Lucrezia Romiti², Eleonora Stampa², Daniele Merazzi¹, Luigi Gagliardi³, Martha Traupe³, Giovanna Bestetti⁴

¹UO Neonatologia, AUSL IRCCS Reggio Emilia, Ospedale Montecchio Emilia; ²Dipartimento Materno-Infantile, UOC Ostetricia e UOC Neonatologia, Ospedale Valduce Como;

³Ospedale Versilia, Dipartimento Materno-Infantile dell'AUSL Toscana Nord Ovest; ⁴Istituto Ricerca Intervento Salute

In un periodo in cui siamo alla ricerca di modalità assistenziali che sostengano la "genitorialità responsiva" (*Nurturing Care Framework for Child Development, WHO 2018*) e, in questa cornice, la promozione e sostegno all'allattamento quale importante fattore protettivo, non si può più prescindere da un coinvolgimento dei papà (o del secondo genitore) in ogni fase del "percorso nascita", dai bilanci di salute in gravidanza, agli IAN, in sala parto, ma anche raccogliendo dati anamnestici che vadano oltre l'età, la professione ed eventuali patologie. Negli ultimi decenni i padri vengono riconosciuti come figura chiave nella triade genitoriale con un ruolo di supporto fondamentale già durante la gravidanza, la nascita e il successo dell'allattamento al seno. Le recenti scoperte dei cambiamenti neurali ed ormonali che intervengono nella transizione alla paternità, simili per certi versi a quelli materni con profonde radici genetiche ed epigenetiche, hanno messo in luce ancora una volta quanto questi siano influenzati dalle routine ospedaliere, il pelle-a-pelle e la zero separation, cardini fondamentali ed imprescindibili per entrambi i genitori.

Può quindi fare la differenza, anche in termini di comunicazione, sapere se lui ha delle idee o convinzioni, se ha avuto altre esperienze, un'altra/o partner, un "altro allattamento alle spalle" di successo o con mille difficoltà?

Anche gli "appuntamento" in gravidanza dovrebbero essere attivi e attivanti, ovvero prevedere il coinvolgimento attivo dei padri perché possano "sentire il proprio ruolo" sin da questi primi momenti. In sala parto? Ricordandoci che siamo nel

clou del "periodo sensibile", quanto coinvolgiamo il padre nel pelle-a-pelle, nel primo attacco? Quanto ci fermiamo a spiegare i tempi, anche dilatati, del neonato nelle prime ore di vita? come attiviamo un'osservazione condivisa del neonato? E in reparto? Dando per scontato il rooming-in come pratica assistenziale ormai consolidata, sarebbe importante continuare durante la degenza la zero-separation: non limitando gli accessi dei papà per sostenere la madre alle prese con un neonato ad alto contatto, per condividere le informazioni sulla salute del neonato, per sostenere una madre stanca in difficoltà. Il cerchio si chiude con la dimissione. Che dovrebbe essere condivisa con entrambi i genitori. Perché gli incontri in gravidanza, sia che siano riservati alle mamme, o ai papà o di coppia, non saranno mai esaustivi. Perché si riferiscono ad un neonato, generalizzando problemi e soluzioni, ma non si possono riferire a QUEL neonato, unico ed irripetibile. Con peculiari bisogni ed esigenze. Ricordiamoci che non è mai una perdita di tempo parlare, spiegare e condividere, perché la conoscenza è empowerment, soprattutto per le coppie a rischio, più fragili e bisognose. Da tutto ciò, la convinzione che è necessario investigare modalità operative di coinvolgimento della coppia genitoriale, riproducibili, con attenzione al rapporto costo-beneficio in termini di ottimizzazione delle risorse interne e il "plus" che si possono ricavare dalla partecipazione proattiva paterna o del secondo genitore.

L'adesione alle buone pratiche genitoriali in Italia: i dati di NASCITA

Chiara Pandolfini, Antonio Clavenna, Rita Campi, Massimo Cartabia, Stefano Finazzi; Maurizio Bonati

Dipartimento di Epidemiologia Medica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano

Obiettivi

Gli obiettivi di questo studio sono valutare il grado di adesione delle famiglie partecipanti allo studio NASCITA a 15 buone pratiche (BP) in grado di favorire la salute e lo sviluppo dei bambini, quali caratteristiche sociodemografiche influenzano l'adozione delle BP e quanto queste pratiche sono connesse tra di loro.

Metodi

La fonte dei dati è rappresentata dalla coorte NASCITA, uno studio prospettico che include 5054 bambini nati tra il 1 aprile 2019 e il 31 luglio 2020 assistiti da 139 pediatri di libera scelta italiani [1-2]. Sono stati analizzati i dati raccolti dai pediatri durante le visite di controllo previste nel primo anno di vita del neonato (a 1,3,6 e 12 mesi di età). L'analisi si è focalizzata sui neonati a termine sani (sono stati esclusi i neonati pretermine, con basso peso o patologia alla nascita, malformazioni, ricovero in terapia intensiva). Sono state selezionate 15 BP e per ciascuna di esse è stata valutata la percentuale di genitori che l'avevano attuata. È stato, inoltre, valutato il numero di pratiche adottate da ciascun nucleo familiare e sulla base di questo sono state identificate le famiglie altamente complianti (≥ 10 BP adottate). È stata valutata l'associazione tra le caratteristiche socio-demografiche delle madri/famiglie (es. età, livello di istruzione, condizione occupazionale) e l'adesione alle BP attraverso analisi univariate e multivariate.

Risultati

Sono stati valutati 3337 neonati a termine sani. Le loro madri avevano un'età media alla nascita di 33 anni (range 17-52), un livello di istruzione per lo più medio-alto (diploma superiore/laurea, 86%) e il 72% aveva un'occupazione lavorativa. Il numero medio di BP adottate da ciascuna famiglia era 9 (range 2-15), così come la mediana. L'astensione dal fumo e dal con-

sumo di alcol in gravidanza, la posizione supina del neonato nel sonno e il tummy-time (posizione a pancia in giù mentre sveglia) sono state le BP maggiormente adottate (>85% delle famiglie), mentre l'allattamento al seno esclusivo per almeno 6 mesi (28% delle madri), la lettura ad alta voce (32%) e la vaccinazione antipertosse in gravidanza (33%) sono quelle con la prevalenza minore. Il basso livello di istruzione materno (licenza elementare/media vs diploma superiore/laurea) è risultata la variabile che riduce maggiormente l'adesione alle BP, sia singolarmente che complessivamente in termini di elevata compliance all'analisi multivariata (OR 0,34; IC95% 0,26-0,44). La nazionalità straniera della mamma (OR 0,43, IC95% 0,34-0,56), la residenza in una regione del Sud (OR 0,49, IC95% 0,41-0,58) e la mancanza di occupazione lavorativa (OR 0,60, IC95% 0,50-0,72) sono le altre variabili associate a una minor probabilità di essere altamente complianti.

Conclusioni

Esiste un'enorme variabilità nella prevalenza di adozione delle buone pratiche genitoriali e la maggior parte di queste sono ancora poco attuate. Appaiono sempre più necessari interventi a supporto della genitorialità, con particolare attenzione alle famiglie più vulnerabili (per esempio con bassa scolarità, disoccupate, straniere).

Bibliografia

1. Pansieri C, Clavenna A, Pandolfini C, Zanetti M, Calati MG, Miglio D, Cartabia M, Zanetto F, Bonati M. NASCITA Italian birth cohort study: a study protocol. BMC Pediatr. 2020;20:80.
2. Pandolfini C, Clavenna A, Cartabia M, Campi R, Bonati M; NASCITA Work Group. National, longitudinal NASCITA birth cohort study to investigate the health of Italian children and potential influencing factors. BMJ Open. 2022;12:e063394.

Euro-Peristat: confronto europeo di indicatori di salute materna e perinatale

Rosaria Boldrini¹, Marina Cuttini², Serena Donati³, Marzia Loghi⁴, Marilena Pappagallo⁴

¹Ministero della Salute; ²Ospedale Pediatrico Bambino Gesù; ³Istituto Superiore di Sanità; ⁴ISTAT

Obiettivo

Il progetto ha avuto inizio nel 1999, finanziato dalla Commissione Europea con l'obiettivo di individuare indicatori confrontabili tra i Paesi sulla salute perinatale e l'assistenza sanitaria alle madri e ai neonati [1]. Partecipano il Ministero della Salute, l'Istat, l'Istituto Superiore di Sanità e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù.

Metodi

Per gli anni 2015-19 sono stati integrati i dati delle seguenti fonti: Certificato di Assistenza al Parto, Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo, Interruzioni volontarie della gravidanza, Cause di morte.

Risultati

La natimortalità in Italia nel 2019 è pari a 2,7 nati morti ogni 1000 nati a partire dalla 24ma settimana di gestazione, contro 3,2 della mediana europea. Nel 2015 era da 3,0. La mortalità neonatale nel 2019 è pari a 1,7 morti ogni 1000 nati vivi a partire dalla 22ma settimana di gestazione contro 2,1 della mediana europea. Il valore più basso è in Islanda (0,5), il più alto a Malta (4,3). La mortalità infantile nel 2019 è pari a 2,6 morti ogni 1000 nati vivi, rispetto a 3,1 del 2015. Nel 2019 il range tra i Paesi europei è compreso tra 0,9 in Estonia e 3,8 in Croazia e Ungheria. Le nascite pretermine nel 2019 riguardano il 7,5% dei nati con una diminuzione dell'1% rispetto al 2015. Il tasso mediano eu-

ropeo è 6,9% (5,3% in Finlandia e Lituania, 11,3% a Cipro). I neonati di peso inferiore ai 2500gr sono il 7,1% del totale, contro valori inferiori al 4,5% dei paesi del nord Europa. Le gravidanze multiple nel 2019 rappresentano l'1,6% in analogia al valore mediano europeo; il range è compreso tra l'1,2% della Slovacchia e il 2,4% di Cipro.

Insieme a Spagna e Irlanda, nel 2019 l'Italia è il paese con la percentuale più alta di madri oltre i 35 anni (34,4% rispetto al 33,4% del 2015) e oltre i 40 (8,8%). Al contrario, la proporzione di donne sotto i 20 anni nel quinquennio in esame è diminuita in tutta Europa, salvo che per Cipro, Malta e Slovenia.

A livello europeo le donne alla prima gravidanza presentano un andamento complessivamente stabile o in leggera diminuzione con percentuali comprese tra il 31,2% dell'Irlanda del Nord e il 53,3% di Malta. In Italia la percentuale è passata dal 52,7% del 2015 al 50,7% nel 2019.

Il tasso mediano di cesarei nel 2019 in Europa è pari al 26% con una forte variabilità compresa tra il 16,4% della Norvegia e il 53,1% di Cipro e con tassi sistematicamente inferiori nei paesi del nord Europa. In Italia la percentuale è 33% (12,3% programmati e 20,7% in emergenza). Nonostante il tasso italiano sia tra i più alti in Europa, dal 2015 al 2019 è sceso dal 36,5% al 33,0%.

Conclusioni

Il confronto degli indicatori perinatali tra i Paesi europei richiama l'attenzione sulle disparità tra i vari sistemi sanitari. Questi confronti consentono a ogni singolo paese di valutare dove siano presenti margini di miglioramento.

Bibliografia

1. Euro-Peristat Project, European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. 2022. URL: <https://www.europeristat.com/index.php/reports/ephr-2019.html>

CedAP: una occasione per la ricerca e il miglioramento della qualità delle cure

Franca Rusconi¹, Monia Puglia², Riccardo Pertile³, Anna Maria Nannavecchia⁴, Enrica Perrone⁵, Francesca Zambri⁶, Luigi Gagliardi¹

¹Azienda USL Toscana Nord-Ovest, Pisa; ²Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Firenze; ³Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento; ⁴Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale, Bari; ⁵Regione Emilia-Romagna, Bologna; ⁶Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) è una importante fonte informativa riguardante numerosi aspetti legati alla nascita e alla popolazione di mamme e bambini. La raccolta e l'analisi dei dati CedAP possono rappresentare una occasione sia per la ricerca che per il miglioramento della qualità delle cure di mamme e neonati. Vengono di seguito riportati esempi in entrambi gli ambiti, sottolineando sia aspetti positivi che limiti.

Un esempio relativo all'uso dei dati CedAP per ricerca è una recente esperienza di collaborazione tra 10 Regioni e una Provincia Autonoma per rispondere ad un quesito posto in letteratura ma anche nelle terapie intensive neonatali e nei punti nascita - ossia se durante la pandemia da COVID 19 vi sia stata una diminuzione delle nascite pretermine. Una review sistematica riportava risultati non conclusivi, suggerendo come fossero necessari studi in nazioni con popolazioni numerose e colpite in modo importante dalla pandemia come l'Italia. Questo è stato uno spunto per pianificare una ricerca [1] condotta su 1.479.301 nati (84% dei nati in Italia da gennaio 2017 a marzo 2021). Lo studio ha confermato una riduzione delle nascite pretermine in Italia nel periodo pandemico, in cui vi

è stata una introduzione di misure di mitigazione della diffusione della pandemia (Marzo 2020-Marzo 2021), rispetto ai tre anni precedenti. La collaborazione tra le Regioni ha visto anche dei punti di criticità, in particolare l'impossibilità di disporre di dati individuali che impone l'utilizzo di alcune tipologie di analisi per dati aggregati (nel caso: metanalisi), la non uniformità di codifica per alcune variabili e la proporzione a volte elevata di dati mancanti.

La raccolta e la restituzione dei dati possono costituire passaggi fondamentali nel miglioramento della qualità delle cure. A livello regionale è importante disporre di dati su buone pratiche, pratiche evidence-based, alcune promosse con determinazione dagli operatori sanitari che è importante monitorare nel tempo e in particolari situazioni (lo è stato per l'epoca COVID) e altre che ancora necessitano di aggiustamenti. Incontri di accompagnamento alla nascita, assunzione di acido folico in gravidanza, esposizione al fumo, presenza di persona di fiducia in sala parto, e allattamento sono esempi di variabili presenti non in tutte le regioni e/o che hanno codifiche differenti non consentendo o limitando il confronto tra Regioni e il miglioramento della qualità delle cure e della prevenzione.

Infine, è possibile utilizzare i dati CedAP per un controllo continuo di alcuni processi chiave dell'attività clinica, a livello di singolo ospedale, mediante metodi di analisi rapidi quali le "run charts" e "control charts", metodiche utilizzate nel monitoraggio di processi non sanitari e il cui utilizzo e validazione potrebbero costituire un utile "esercizio" per gli operatori sanitari.

Bibliografia

1. Rusconi F, Puglia M, Pacifici M, et al AIE Perinatal Health Working Group. Pregnancy outcomes in Italy during COVID-19 pandemic: a population-based cohort study. *BJOG* 2022; 130:276-84.

Il Perinatal Italian Network (PIN): primi dati da una collaborazione interdisciplinare tra Ostetrici e Neonatologi

Francesca Ferrari, Daniela Menichini, Giulia Furia, Giulia Galeati, Fabio Facchinetti

Obstetrics and Gynecology Unit, Mother-Infant Department, University of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy

Background

Le cure Ostetriche e Neonatali sono differenti fasi dello stesso processo, volte a salvaguardare la continuità delle specie. Il Vermont Oxford Network (VON) rappresenta la prima collaborazione internazionale di neonatologi, fondata con lo scopo di creare una community interdisciplinare volta a migliorare la qualità e la sicurezza delle cure mediche neonatali.

Obiettivi

L'obiettivo era quello di fondare un database perinatale con informazioni specifiche sulla gravidanza per ogni nato prematuro, da utilizzare per progettare studi di ricerca che apportino un miglioramento della pratica clinica.

Metodi

L'associazione "no profit", Perinatal Italian Network -PIN, nata a Maggio 2012, ha unito la comunità dei clinici che operavano nelle Unità di Ostetricia e Neonatologia degli ospedali pubblici italiani abilitati ad assistere i parti avvenuti a <30 settimane di gestazione. La raccolta dei dati è iniziata nel gennaio 2014. Per evitare bias di selezione, sono stati inclusi solo i centri che hanno fornito dati che coprivano > 90% delle coppie madre-neonato registrate nel database VON. I dati degli outborns sono stati esclusi perché la qualità delle informazioni ostetriche non era garantita.

Risultati

Al PIN hanno inizialmente aderito 39 ospedali, 11 dei quali hanno raccolto dati fino al 2019 e dal 2018 altri quattro centri hanno aderito al Network. È stata eseguita una primaria analisi descrittiva della popolazione coinvolta (3839 casi). Nella popolazione analizzata l'età media delle madri è di 32,9 anni e l'età gestazionale media al momento del parto è di 28,6 settimane. Complessivamente l'80,2% dei casi è rappresentato da gravidanze singole, il tasso di procreazione medicalmente assistita è del 18,1%; i prematuri nati prima delle 32 settimane sono il 9,7%, i prematuri tra 32+0 e 36+6 settimane il 12,1%. La restrizione della crescita intrauterina (IUGR) è stata diagnosticata nel 38,5% dei casi, il tasso di rottura prematura pretermine delle membrane (pPROM) è del 28,7%, la profilassi con solfato di magnesio è stata eseguita nel 23,5% e la profilassi della sindrome da distress respiratorio (RDS) nel 86,9%. Il 66,4% dei bambini è nato con taglio cesareo d'urgenza. Nel database è stata riscontrata un'alta percentuale di dati mancanti per alcune variabili analizzate come ipertensione gestazionale (56,8% di missing), sindrome HELLP (56,7%), preeclampsia (56,8%), terapia antibiotica pPROM (71,5%), terapia tocolitica (39,7%).

Conclusioni

Nonostante la diminuzione del tasso di partecipazione degli ospedali inclusi nello studio, il numero di casi raccolti potrebbe già fornire risposte ad importanti quesiti di ricerca sulla qualità e sicurezza delle cure perinatali. È importante migliorare la raccolta completa dei dati per ridurre la quantità di informazioni mancanti e continuare a raccogliere casi per fornire una rete nazionale di interazione e collaborazione tra i gruppi coinvolti nella medicina materno-fetale e neonatale. L'obiettivo deve essere quello di aprire nuove strade per la cooperazione in perinatologia progettando grandi studi nazionali e partecipare al Global Obstetric Network (GO-Net).

Un'indagine sull'assistenza alla gravidanza: il vissuto delle donne

Ilaria Lega, Enrica Pizzi, Laura Lauria, Simona Mastroeni, Claudia Ferraro, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli, Serena Donati per il Gruppo Qualità percepita nel percorso nascita

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Introduzione

L'uso di indagini periodiche sulla qualità percepita per valutare la qualità dell'assistenza sanitaria è diffuso a livello internazionale. In Italia mancano informazioni sovraregionali recenti sulle esperienze delle utenti del percorso nascita in grado di orientare decisori e clinici.

Obiettivi

Realizzare un'indagine campionaria sulla qualità percepita nei servizi sanitari del percorso nascita rivolta alle donne che partoriscono in 16 punti nascita del Nord, Centro e Sud del Paese. Obiettivi specifici: i. Descrivere la qualità percepita da parte delle donne che partoriscono; ii. Individuare aree assistenziali in cui l'esperienza è positiva e aree suscettibili di miglioramento; iii. Esplorare variazioni della qualità percepita in relazione alle caratteristiche delle donne; iv. Confrontare il tasso di partecipazione e la valutazione dell'assistenza tra la compilazione dei questionari mediante somministrazione e in autonomia.

Metodi

Procedure e strumenti della National Maternity Experience Survey irlandese [1] sono stati adattati sviluppando 2 questionari: il primo, compilato in ospedale prima della dimissione dopo il parto, comprende 65 domande su assistenza in gravidanza e al travaglio-parto, informazioni sociodemografiche, stato di salute autovalutato; il secondo, compilato a 3 mesi dal parto, include 59 domande su assistenza in ospedale dopo il parto, alimentazione del bambino e sua assistenza specialistica assistenza nei 3 mesi dopo la dimissione e complessiva. Gli strumenti, revisionati da esperti e da utenti del percorso nascita, sono stati tradotti in 5 lingue e implementati su piattaforma web. Il personale in formazione coinvolto ha partecipato a un corso online teorico-pratico sulle procedure dell'indagine.

Risultati

Nel maggio-ottobre 2022, 3.642 donne hanno completato il primo questionario, con un tasso di rispondenza del 78,3% (81,9% questionario somministrato, 68,4% autocompilato). Nel 60,9% dei casi il ginecologo privato è stato il principale professionista di riferimento per l'assistenza in gravidanza, nel 19,5% il Consultorio familiare. Durante la gravidanza l'87,0% delle donne si è sempre sentita trattata con rispetto e dignità. La grande maggioranza ha riferito di aver sempre avuto fiducia nei professionisti responsabili dell'assistenza (86,1% in gravidanza e 91,4% durante il travaglio-parto) senza differenze per istruzione e cittadinanza della madre. L'analisi dei dati raccolti con il secondo questionario dall'agosto 2022 al gennaio 2023 è ancora in corso.

Conclusioni

I risultati preliminari suggeriscono che l'esperienza delle donne relativamente all'assistenza in gravidanza e ancor più al travaglio-parto sia positiva. I risultati definitivi consentiranno di disporre di informazioni sintetiche su punti di forza e criticità del percorso nascita in 16 Aziende sanitarie dalla prospettiva delle utenti, utili per orientare le politiche sanitarie e la pratica clinica.

Progetto realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute - CCM

Bibliografia

1. Beecher C, Drummond L, Foley C, et al. Development of a survey instrument to evaluate women's experiences of their maternity care. *Women Birth.* 2021;34(4):e396-e405.

La cervicometria dopo 24 settimane non è utile come screening universale

Isabella Abati, Enrico Tartarotti, Noemi Strambi, Viola Seravalli, Mariarosaria Di Tommaso

Ginecologia e Ostetricia. Dipartimento di Scienze Della Salute. Università degli Studi di Firenze AOU Careggi

Obiettivo

Valutare l'accuratezza di una singola misura di cervicometria (CL) dopo le 24 settimane di gestazione per predire il parto prematuro (PTB) spontaneo in gravidanze singole asintomatiche senza rischio anamnestico di PTB.

Metodi

Studio retrospettivo di coorte monocentrico condotto su pazienti con gravidanze singole seguite tra Gennaio 2015 e Dicembre 2021 presso gli Ambulatori di Medicina Prenatale di Careggi (Firenze). Sono state selezionate pazienti per cui erano disponibili misurazioni di CL dopo le 24 settimane di gestazione (n=2959), e sono stati raccolti i dati relativi a anam-

nesi fisiologica, patologica e ostetrica, e misurazioni di CL. Per 1696 pazienti, era disponibile una misurazione di CL tra 24+0 e 27+6 settimane di gestazione (gruppo 1), mentre per 2391 pazienti tra 28+0 e 32+0 (gruppo 2). 1152 pazienti avevano misurazioni in entrambi i periodi temporali. La predittività della CL per il PTB è stata calcolata mediante analisi di regressione logistica, e i risultati sono stati corretti per i fattori confondenti.

Risultati

Il PTB è avvenuto in 67/2959 delle pazienti analizzate (2.2%). In entrambi i gruppi, la CL più corta è risultata significativamente associata al PTB (p<0.01) (Figura 1), ma con un basso valore predittivo all'analisi condotta mediante curve ROC (AUC 0.67, 95% CI 0.56-0.78 per il gruppo 1 tra 24+0-27+6; AUC 0.65, 95% CI 0.57-0.73 per il gruppo 2 tra 28+0-32+0). Inoltre, l'analisi della sensibilità e del valore predittivo positivo di diversi valori numerici della CL per il PTB ha mostrato bassi valori di entrambe le misure per tutti i cut-off analizzati, in entrambi i gruppi.

Conclusioni

La cervicometria dopo le 24 settimane ha basso valore predittivo per il PTB in gravidanze singole, asintomatiche, senza rischio anamnestico di parto prematuro. Pertanto, in queste pazienti dovrebbe essere evitato lo screening della cervicometria dopo le 24 settimane.

Term and preterm birth population characteristics compared by logistic regression analysis

Results are shown as median (25th-75th interquartile range) or total number (percentage)

Continuous variables: T-test or Wilcoxon test / Categorical variables: McNemar's test

BMI: Body Mass Index

*Adjusted OR after correction for confounding factor (progesterone use) + Adjusted OR after correction for confounding factor (cervical length)

	Gestational age: 24+0 - 27+6				Gestational age: 28+0 - 32+6			
	Pre-term n=35	Term n=1661	OR (CI 95%)	P-value	Pre-term n=56	Term n=2335	OR (CI 95%)	P-value
Age (years)	28 (22-36)	33 (30-37)	0.97 (0.91-1.03)	0.25	32 (28-37.5)	34 (30-37)	1.01 (0.99-1.02)	0.49
BMI (kg/m ²)	21.3 (18.8-24.7)	22.4 (20.2-25.7)	0.96 (0.87-1.03)	0.18	20.8 (19.5-23.4)	22.2 (20.2-25.3)	0.94 (0.88-1.01)	0.09
Ethnicity								
White	31 (2.1)	1466 (97.9)	reference	45 (2.2)	2015 (97.8)	reference		
Black	1 (3.4)	28 (96.5)	2.45 (0.44-13.51)	0.3	2 (4.3)	45 (95.7)	2.43 (0.65-9.11)	0.19
South Asian	2 (3.0)	65 (97.0)	1.78 (0.47-6.65)	0.39	4 (3.5)	112 (96.5)	1.77 (0.66-4.77)	0.26
East Asian	0 (0.0)	32 (100.0)	0.72 (0.04-12.48)	0.82	2 (3.3)	59 (96.7)	1.86 (0.50-6.89)	0.35
Mixed	5 (1.4)	70 (98.6)	0.99 (0.19-5.24)	0.99	3 (2.8)	104 (97.2)	1.48 (0.49-4.5)	0.49
Cervical length (mm)	29 (22-38)	37 (34-41)	0.92 (0.90-0.94)*	<0.01	32 (24.5-37)	36 (32-40)	0.93 (0.90-0.95)*	<0.01
Progesterone	8 (5.4)	27 (1.7)	1.38 (0.54-3.51)+	0.50	11 (5.5)	45 (2)	1.41 (0.65-3.06)+	0.39

Comportamento assistenziale in neonatologia, in corso di pandemia. Tre anni a confronto

Eleonora Stampa, Lucrezia Romiti, Daniele Merazzi
Dipartimento Materno-Infantile, Ospedale Valduce Como

Premessa

L'improvvisa diffusione del Coronavirus a febbraio del 2020 ha sovvertito le abitudini, i comportamenti e gli standards assistenziali di tutto il mondo sanitario coinvolgendo anche l'area materno-infantile.

Obiettivo

Valutare se, in corso di questi due anni di pandemia da SARS-Cov2, vi sia stato una variazione dell'approccio alla transizione feto neonatale (Skin-to-Skin, allattamento esclusivo, ritardato clampaggio del funicolo, mantenimento della temperatura corporea) dei neonati a termine, nel nostro punto nascita.

Metodi

Studio osservazionale retrospettivo effettuato nel 2019 (dato storico di riferimento) e negli anni pandemici 2020-2021 nei neonati a termine (EG > 36⁺⁶) che non hanno necessitato di assistenza rianimatoria o ricovero in patologia neonatale. È stato considerato bonding con contatto pelle-a-pelle con mamma o papà quando effettuato per oltre 60 minuti nelle prime 2 ore di vita (StS). Si è inteso come allattamento esclusivo (Hu) se mantenuto per tutta la durata della degenza (l'assunzione di 10 ml di latte formulato è stato classificato come alimentazione complementare). Per ritardato clampaggio del funicolo (DCC) si è considerato un tempo non inferiore ai 60 secondi. La rilevazione della temperatura corporea è stata effettuata al termine delle due ore di osservazione post-parto.

Risultati

Sono stati esclusi i Late Preterm e i ricoverati in patologia neonatale per cui nel 2019 sono stati considerati 962 neonati, 881 nel 2020 e 976 nel 2021, indipendentemente dalla modalità del parto. La percentuale di neonati che ha effettuato StS è stata 82,4% nel '19; 82% e 87% nei due anni successivi. L'allatta-

mento esclusivo (Hu) è stato del 76,6% nel '19; 74,1% nel '20 e 77,6% nel '21. I neonati con rilevazione di temperatura inferiore a 36,5°C sono stati negli anni 2019-20-21 rispettivamente il 23,8% (204/856); il 19,8% (174/881); il 22,1% (214/969). I neonati con temperatura inferiore a 36°C sono stati 61 nel 2019, 54 nel '20 e 59 nel '21. Sono stati inoltre analizzati i soli neonati nati con parto vaginale (esclusi i nati con taglio cesareo -TC-). I dati sono riportati in *tabella 1*.

Conclusioni

Come si può notare non vi sono state modificazioni significative nelle routine assistenziali nei tre anni considerati anzi si è verificato un incremento della pratica di bonding. In particolare, si sono analizzate le percentuali di Skin-to-Skin e di allattamento esclusivo mediante una run chart ad intervalli settimanali ove emerge chiaramente che non si sono interrotte le pratiche assistenziali in uso in relazione alle varie ondate epidemiche di SARS-CoV2.

Nel nostro punto nascita (non HUB per COVID) è sempre stato consentito, pur nell'ambito del rispetto delle indicazioni di sicurezza (controllo della temperatura, uso di check list e di mascherina, etc.), l'accesso del papà o di altra figura di riferimento sia in fase di travaglio che per tutta la durata della degenza a sostegno e conforto della donna.

Bibliografia

- Verity R, Okell LC, Dorigatti I, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis* 2020;3099(20):1-9.
- Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, et al. Comment: prevention and control of non communicable diseases in the COVID-19 response. *Lancet [Internet]* 2020;6736(20):2019-21
- UNICEF. Don't let children be the hidden victims of COVID19 pandemic: statement by UNICEF Executive Director Henrietta Fore [Internet]. UNICEF; 2020 [cited May 12, 2020]. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/dont-let-children-be-hidden-victims-covid-19-pandemic>
- Huijun Chen, Juanjuan Guo, MS Chen Wang, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020 Mar 7;395(10226):809-815

Tabella 1. Percentuale di neonati con Skin-toSkin (StS); Allattamento esclusivo (Hu); Ritardato clampaggio (DCC); Ipotermia a 2 ore nei nati fisiologici a termine (POP) e nei nati fisiologici a termine da parto vaginale (PV) e relativo tasso di nati con taglio cesareo (TC) nel triennio 2019-'21.

Anno	StS > 60'		Hu		DCC > 60"		Temp < 36,5°C		Temp < 36°C		TC
	POP	PV	POP	PV	POP	PV	POP	PV	POP	PV	
2019	82,4%	85,1%	76,6%	80,3%	84,7%	91,4%	23,8%	21,4%	7,1%	6,6%	14,2%
2020	82,0%	87%	74,1%	77,3%	83,1%	90,5%	19,8%	17,9%	6,1%	5,6%	15,3%
2021	87,0%	92,2%	77,6%	83,6%	83,7%	91,8%	22,1%	19,6%	6,1%	5,4%	17,5%

Skin-to-Skin > 60' settimanale 2019-2021

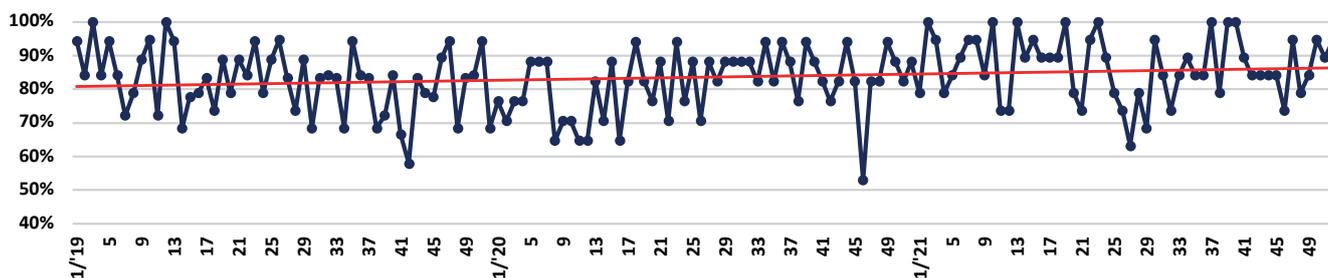


Figura 1. Run chart settimanale 2019-2021: Percentuale dei neonati con Skin-to-Skin maggiore 60' (rilevazione settimanale). La freccia indica l'inizio della pandemia

L'assistenza alla nascita durante il COVID, lo studio prospettico ITOSS

Edoardo Corsi Decenti, Donatella Mandolini,
Claudia Ferraro, Silvia Andreozzi, Mauro Bucciarelli,
Gabriella Martelli, Serena Donati,
Michele Antonio Salvatore

Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Obiettivi

Nonostante l'attenzione posta all'assistenza alla nascita [1], durante l'emergenza COVID-19 alle donne e alle coppie non sono state sempre garantite le cure raccomandate [2-3]. Questo contributo ha l'obiettivo di descrivere l'assistenza offerta alle donne SARS-CoV-2 positive che hanno partorito in Italia in due anni di pandemia.

Metodi

Dal 25 febbraio 2020 al 30 giugno 2021 e dal 1 gennaio al 31 maggio 2022 sono state arruolate prospetticamente tutte le donne positive al SARS-CoV-2 entro 7 giorni dal parto avvenuto in uno dei 218 punti nascita italiani attivi durante la pandemia [4]. La qualità dell'assistenza alla nascita è stata descritta attraverso l'analisi dei seguenti indicatori: presenza di una persona scelta dalla donna durante il travaglio-parto, *skin-to-skin*, *rooming-in*, separazione madre-neonato alla nascita e allattamento materno.

Risultati

Dei 5.360 parti di donne positive al virus, il 63,2% è stato segnalato da strutture del Nord Italia, il 13,4% del Centro e il 23,4% del Sud e Isole, distribuzione in linea con la circolazione del virus nel Paese. Il 41,3% dei casi è stato segnalato durante la circolazione del virus originario, il 12,0% della variante Alfa e il 46,7% della variante Omicron. Il 66,7% delle donne ha partorito per via vaginale e, tra queste, in media il 37,5% ha avuto vicino a sé una persona di fiducia durante il travaglio-parto, con un picco negativo nel periodo settembre 2020 - gennaio 2021 e una successiva ripresa. Il 70,5% e il 36,8% dei bambini nati rispettivamente da parto vaginale e da taglio cesareo (TC) non è stato separato dalla propria madre alla nascita, con un incremento di 20 punti percentuali nei TC tra l'inizio e la fine della rilevazione. Lo *skin-to-skin* è l'indicatore che ha registrato i livelli più bassi all'inizio della pandemia, 28,1% nei nati da parto vaginale e 4,1% da TC, è poi salito rispettivamente al 77,7% e 30,5% durante la fase Omicron. Il *rooming-in* ha riguardato l'81,1% dei nati da parto vaginale e il 56,4% da TC, con peggioramento alla fine del 2020 e ripresa durante i periodi Alfa e Omicron. Un andamento simile è stato rilevato anche per l'allattamento, 88,0% nei parti vaginali e 71,9% nei TC. Il Sud ha registrato livelli sensibilmente più bassi per tutti gli indicatori rispetto al Centro e soprattutto al Nord, mostrando una evidente tendenza al miglioramento soltanto nel periodo Omicron.

Conclusioni

Complessivamente si osserva un miglioramento per tutti gli indicatori a partire dal periodo Alfa, nonostante sia stato associato a peggiori esiti materno-neonatali rispetto alle altre fasi virali osservate. Tale miglioramento potrebbe essere dovuto a una maggiore sicurezza acquisita nel tempo da parte dei professionisti sanitari, grazie anche alla aumentata circolazione di raccomandazioni [5-6] e a una maggiore capacità organizzativa dei punti nascita. Si confermano le peggiori performance perinatali nel Sud Italia rispetto al Centro e al Nord, note già da prima dell'inizio della pandemia.

Bibliografia

1. World Health Organization. The Minsk Declaration. Disponibile al link: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349095/WHO-EURO-2015-4177-43936-61918-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Adesanya AM, Barrett S, Moffat M, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on expectant and new parents' experience of pregnancy, childbirth, breast feeding, parental responsiveness and sensitivity, and bonding and attunement in high-income countries: a systematic review of the evidence. *BMJ Open* 2022;12:e066963
3. Donati S, Corsi E, Salvatore MA, et al. Childbirth Care among SARS-CoV-2 Positive Women in Italy. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:4244
4. Corsi E, Maraschini A, Perrone E, et al. La preparedness dell'Italian obstetric surveillance system in occasione della pandemia da SARS-CoV-2: aspetti metodologici di uno studio di popolazione [The preparedness of the Italian obstetric surveillance system in the response to the emergency of the SARS-CoV-2 pandemic: methodological aspects of a population-based study]. *Epidemiol Prev* 2020;44:81-87
5. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, et al. COVID-19 e gravidanza, parto e allattamento: le indicazioni ad interim dell'Istituto superiore di sanità [COVID-19 and pregnancy, childbirth, and breastfeeding: the interim guidance of the Italian National Institute of Health]. *Epidemiol Prev* 2021;45:14-16
6. Turner S, McGann B, Brockway M. A review of the disruption of breastfeeding supports in response to the COVID-19 pandemic in five Western countries and applications for clinical practice. *Int Breastfeed J* 2022;17(1):38

Volumi di attività ed esiti in neonatologia. Criticità metodologiche e risultati

Roberto Bellù¹, Rinaldo Zanini², Anna Cantarutti², Giovanni Corrao²

¹Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco;

²Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università Bicocca di Milano

Il volume di attività è utilizzato in molti ambiti dell'assistenza medica come proxy delle capacità e competenze professionali individuali e di reparto. Per la mancanza di dati italiani è stata fatta un'analisi dei dati delle TIN italiane, attraverso i dati del Network Neonatale Italiano e ad un approfondimento dell'analisi della relazione tra fattori qualitativi, volumi di attività ed outcome neonatali avversi per i parti a basso rischio in punti nascita di I° livello utilizzando un set di dati SDO e CEDAP del periodo 2010-2013 in Regione Lombardia.

Metodi

Indicatori di volume di attività nelle TIN: l'analisi è stata svolta sui dati sui dati 2014-2018 di 11.124 neonati VLBW assistiti in 70 TIN Italiane. Per ogni analisi è stata utilizzata la mortalità corretta secondo il modello VON. *Indicatori di qualità nelle TIN:* La predittività degli indicatori di qualità nei confronti della mortalità attuale di neonati VLBW è stata indagata mediante analisi della regressione in 70 TIN partecipanti al VON/INN. Sono stata determinate la mortalità corretta nel periodo 2006-2014 e nel periodo 2015-2018 ed è stata poi effettuata una regressione tra le due variabili. *Indicatori di volume di attività e di qualità nei punti nascita di I livello:* L'analisi è stata svolta sui dati sui dati 2010-2013 di 373.725 neonati in 76 punti nascita in Lombardia, restringendo poi l'analisi ai 53 punti nascita senza TIN e considerando i seguenti outcome: trasferimento del neonato, DRG 385 (neonato morto o trasferito), basso (0-3) punteggio di Apgar a 5', asfissia; è stato inoltre considerato l'esito combinato di tutti i precedenti.

Risultati

Esiti nelle TIN: non vi è differenza di mortalità tra TIN con volume di attività inferiore o superiore/uguale a 50 VLBW/anno, mentre vi è una differenza quando si utilizza un'analisi

su quattro livelli: la mortalità più bassa si ha per un volume di attività corrispondente a 50-74 neonati VLBW/anno, è lievemente, ma non significativamente, più alta per un volume di 25-50, mentre è significativamente più alta per volumi inferiori a 25 VLBW/anno. Vi è invece una forte correlazione tra le variabili nei due periodi. Il 48% della mortalità nel secondo periodo è determinato dalla mortalità nel periodo precedente. *Esiti nei punti nascita di I livello*: vi è un trend lineare di miglioramento degli outcome, in particolare del trasferimento del neonato ad altro ospedale, all'aumentare del volume di attività dei punti nascita. Le differenze diventano particolarmente importanti quando si consideri la popolazione di neonati late preterm (33-36⁺⁶ settimane). In analogia con quanto analizzato per i neonati VLBW, è stata indagata la predittività degli indicatori di qualità. L'analisi della regressione evidenzia come il volume di attività sia il più importante determinante degli outcome neonatali.

Conclusioni

Questi dati indicano che gli strumenti programmatori utili al fine di minimizzare gli esiti sfavorevoli sono rappresentati dall'integrazione almeno di indicatori di volume e di qualità, mentre per i punti nascita di I livello il volume di attività è il più importante determinante degli esiti neonatali sfavorevoli

Organizzazione delle TIN, esiti ed altri fattori: interazione, mediazione o ...?

Roberto Bellù¹, Rinaldo Zanini¹, Anna Cantarutti², Giovanni Corrao²

¹ Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco;

² Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università Bicocca di Milano

“È noto che esiste una relazione tra area geografica (SUD>CENTRO>NORD) ed esiti dei neonati di peso molto basso alla nascita (VLBW), in particolare per quanto riguarda la mortalità. Questa associazione non è mai stata definita in termini di definizioni delle componenti che contribuiscono a tale associazione, essendo noto che non sono le dotazioni organiche, di personale, di attrezzature o di posti letto differenziate tra le varie aree. È noto inoltre che vi sono associazioni tra modello organizzativo ed esiti, così come vi è anche una disomogenea distribuzione di modelli organizzativi nelle varie aree geografiche [1].

L'ipotesi è che una parte dell'associazione tra area geografica e mortalità sia mediata (o meglio, che passi attraverso) dai modelli organizzativi.

Alcune analisi preliminari indicano tale possibilità, che merita approfondimento dal punto di vista metodologico sia per gli aspetti concettuali che di analisi statistica. Nella presentazione verranno evidenziati i possibili approcci statistici (analisi di mediazione, path analysis, tecniche di regressione multipla) ed operativi (utilizzo dei diversi pacchetti, come SPSS AMOS, e altri strumenti di analisi), valutandone potenzialità e limiti e discutendo come le diverse alternative possano condurre ad un approfondimento dei risultati fin qui ottenuti.”

Bibliografia

1. Fanelli S, Bellù R, Zangrandi A, Gagliardi L, Zanini R. Managerial features and outcome in neonatal intensive care units: results from a cluster analysis. *BMC Health Services Research* 2020; 20:957)

I ricoveri evitabili in età 0-17 anni in Trentino

Silvano Piffer, Roberto Rizzello, Monica Bonenti

Servizio Epidemiologia Clinica Valutativa, Servizio Cure Primarie, Apss, Trento

Background

I ricoveri cosiddetti evitabili rappresentano condizioni per le quali un'appropriate, tempestiva e continuativa assistenza primaria può ridurre il rischio di ospedalizzazione mediante la prevenzione della condizione morbosa, il controllo degli episodi acuti o la corretta gestione della malattia cronica. A fronte di diversi criteri disponibili per identificare queste condizioni, quello più comunemente accettato, per lo meno nei paesi occidentali, fa riferimento alla categoria dei ricoveri primariamente gestibili nell'area delle cure primarie le cosiddette ambulatory care sensitive conditions (ACSC). Nell'ambito della definizione della programmazione strategica dell'Apss di Trento per il periodo 2019-2021, un gruppo di lavoro ad hoc ha individuato tali indicatori, per l'area adulti e l'area 1-17 anni, tra quelli in larga parte già proposti dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) degli USA. È presentata la casistica relativa alla fascia di età 1-17 anni, per il periodo 2017-2018.

Obiettivo

Stimare la frequenza dei ricoveri evitabili in età 1-17 anni e valutarne, attraverso l'integrazione dei flussi correnti (SDO e Cedap), i fattori predittivi.

Metodi

La casistica di interesse è stata estratta, secondo i criteri proposti dall'AHRQ, ed in larga parte già oggetto di monitoraggio da parte del PNE (Programma Nazionale Esiti) dall'archivio SDO provinciale e della mobilità ospedaliera passiva per gli anni 2018-19. Le condizioni valutate sono state le seguenti: Gastroenterite, Tonsillectomia, Otite, Malattie prevenibili con vaccino, Complicanze a breve termine del diabete, Appendicite acuta con complicazioni, Asma e Infezioni urinarie. Il dataset ottenuto è stato poi integrato con quello dei rispettivi Cedap allo scopo di ottenere le variabili di interesse, relative alle caratteristiche della madre e del neonato. I predittori significativi, per l'insieme dei ricoveri evitabili, sono stati calcolati attraverso un'analisi multipla secondo il metodo della regressione logistica, confrontando i casi con ricovero evitabile verso i casi senza ricovero evitabile.

Risultati

Nel periodo 2017-2018 si registrano 901 ricoveri evitabili in età 0-17 anni, pari al 5,1% in media del totale ricoveri in età 0-17. I maschi rappresentano il 52% dei casi e la classe di età 0-4 anni raccoglie il 18% della casistica. Le prime tre condizioni per frequenza sono rappresentate dalla tonsillectomia, seguita dall'appendicite acuta con complicazioni e dalla gastroenterite. Nel loro insieme rappresentano il 78% della casistica. L'analisi multipla evidenzia come la variabile associata al rischio di ospedalizzazione evitabile in età 0-17 sia rappresentata dal titolo di studio della madre (OR 1,33 (1,03-1,73)).

Conclusioni

Il dato sui ricoveri evitabili in età 0-17 in provincia di Trento appare inferiore a quanto riportato da studi nazionali precedenti. I flussi correnti locali, opportunamente integrati, possono fornire informazioni utili per la sanità pubblica ed in particolare per la valutazione dell'accesso ai servizi. Idealmente la valutazione di questo fenomeno dovrebbe essere seguita da un audit per verificare in dettaglio gli aspetti clinici e decisionali che hanno agito a monte dell'evento al fine anche di orientare meglio le azioni di mitigazione.

Bibliografia

- Ricketts TC, Randolph R, Howard Ha, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health Place* 2001; 7(1): 27-38
- Agency for Healthcare Research and Quality. AHRQ Quality indicators —guide to prevention quality indicators: hospital admission for ambulatory care sensitive conditions. Rockville, MD: AHRQ, 2007. (AHRQ Pub; no. 02-R0203).
- Pirani M, Schifano P, Agabiti N, Davoli M., Caranci N, Perucci CA: Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: Andamento temporale e differenze per livello di reddito. (*Epidemiol Prev* 2006; 30(3): 169-177)
- Rizza P., Bianco A. Pavia M, Angelillo IF Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Services Research* 2007; 7:134 doi:10.1186/1472-6963-7-134
- Agabiti N, Pirani M, Schifano P, et al: Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health* 2009; 9:457
- Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies: Ospedalizzazione evitabile: confronto tra popolazione italiana e immigrata, pediatrica e adulta, nelle coorti della rete italiana degli studi longitudinali metropolitani. *Epidemiol Prev* 2019; 43 (5-6) Suppl 1:1-80.

Una riflessione critica a 45 anni dall'approvazione della legge 194/1978

Elena Caruso¹, Marzia Loghi²

¹University of Kent, UK; ²Istat

L'obiettivo della comunicazione è aprire un dibattito sui limiti legali, etici e sanitari che l'attuale legislazione e pratica clinica pongono all'accesso all'aborto in Italia [1].

Nella prima parte (a cura di Marzia Loghi) viene illustrato l'andamento decrescente del ricorso all'aborto durante tutto il periodo fin dall'introduzione della legge e i cambiamenti sociali e generazionali avvenuti nello stesso periodo [2]. La fine degli anni Sessanta e gli anni Settanta sono stati un periodo di grandi lotte e conquiste sociali: la legge sul divorzio, la riforma del diritto di famiglia, la legge sui consultori e la legge sull'aborto hanno dato maggiore spazio all'emancipazione femminile. La donna ha trovato altri spazi di realizzazione, quali lo studio e il lavoro, oltre al matrimonio e alla famiglia. La nascita di nuovi modelli familiari, caratterizzati anche da un posticipo e una riduzione delle nascite, ha conferito alla donna maggiori spazi di autonomia, maggiore libertà nei comportamenti sessuali e maggiore autonomia nelle scelte contraccettive. L'Interruzione volontaria di gravidanza (IVG) è stata utilizzata come estrema ratio e non come uno strumento di controllo delle nascite.

Nella seconda parte (a cura di Elena Caruso) viene spiegato perché la legge 194/78 pone alcuni significativi ostacoli contro l'accesso all'aborto in Italia, soprattutto alla luce delle recenti linee guida dell'Organizzazione Mondiale di Sanità [3-4]. In particolare, si analizza quali sono i limiti di una organizzazione dei servizi di IVG improntata ai principi di ospedalizzazione e medicalizzazione [3-4]. Infine, vengono proposte diverse soluzioni ai problemi di accesso all'aborto in Italia, alcune attuabili *de iure condito* cioè a legislazione invariata e altre invece *de iure condendo*, cioè in una prospettiva di riforma della legge 194/1978 [3-4].

Bibliografia

1. Legge 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (GU n.140 del 22-05-1978)
2. Istat, Verso i 40 anni dalla Legge sull'aborto. Relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78). Dati definitivi 2016. 2017;105-29.
3. World Health Organization. Abortion Care. Ginevra: World Health Organisation, 2022.

4. Caruso, Elena. "Sull'aborto farmacologico in telemedicina: spunti di riflessione per un dibattito in Italia". *Annali dell'Istituto storico italo-germanico in Trento* 2(2022):169-188. Legge 22 maggio 1978, n. 194 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (GU n.140 del 22-05-1978)

Cure palliative pediatriche: cosa è stato fatto, cosa c'è da fare. Indagine conoscitiva nel territorio salentino

Assunta Tornesello

Comitato Scientifico dell'Associazione Triacorda OdV per il Polo Pediatrico del Salento

Il diritto alle Cure Palliative (CP) /CPP ed alla terapia del dolore è sancito dalla legge 38/2010, che descrive le modalità di attivazione e cura delle reti palliative, le caratteristiche che le regioni devono rispettare nel progettarle in un'ottica che pone al primo posto la tutela della dignità e la qualità della vita della persona. Con il DPCM 12 gennaio 2017, le CP sono un livello essenziale di assistenza (LEA) oltre ad essere un diritto secondo legge. La prevalenza dei bambini ed adolescenti candidati alle CPP, che ad oggi si stima intorno a 18/100.000 abitanti di ogni età, sta aumentando considerevolmente grazie ai progressi in ambito diagnostico, terapeutico ed assistenziale, nonché alle nuove tecnologie. Fatta eccezione per alcune sporadiche realtà territoriali, attualmente l'offerta sanitaria delle CPP su tutto il territorio nazionale è frammentaria o comunque non proporzionale al numero di pazienti candidabili, che si prevede in continuo e costante aumento.

Da un'indagine conoscitiva condotta nel territorio salentino nel triennio 2013-2015 il numero di bambini eleggibili alle CPP è risultato in media pari a 279 bambini per anno. Tuttavia in Puglia, come nella maggior parte delle realtà regionali italiane, non è ancora definita una rete regionale. Recentemente la Regione ha stanziato dei fondi al fine di far attivare alle ASL i percorsi di presa in carico dei bambini con patologia cronica complessa con l'auspicio che tale provvedimento possa rappresentare l'avvio di un percorso più ampio che porterà alla definizione della Rete Pediatrica Pugliese per le Cure Palliative.

L'organizzazione delle CPP è tra gli obiettivi del progetto del Polo Pediatrico del Salento sostenuto dall'Associazione Triacorda. Il Comitato Scientifico, presieduto da Michele Gange mi, nel 2022 ha ritenuto opportuno elaborare e presentare ai pediatri di famiglia ed ospedalieri del territorio salentino per le provincie di Lecce, Brindisi e Taranto un questionario di indagine conoscitiva con l'obiettivo di valutare le conoscenze dei pediatri del territorio in esame in merito alle CPP. Vengono riportati e discussi i risultati, con particolare riferimento alla valutazione della percezione del bisogno delle CPP, informazione preliminare necessaria e complementare ai dati epidemiologici reali per costruire un corretto percorso formativo.

L'opzione COMFORT CARE nel counselling prenatale

Valentina Giardini, Giuseppe Paterlini, Patrizia Vergani

Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Università di Milano-Bicocca, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori - Monza

Obiettivi

Le cure palliative perinatali (CPP – comfort care) sono un modello di cura innovativo e compassionevole, rivolto a feti/neonati con diagnosi prenatale di condizione/patologia incompatibile con la vita o con limitate aspettative di vita, i cui genitori decidono di proseguire la gravidanza [1]. L'affronto

completo a tali tematiche coinvolge molteplici aspetti della conoscenza umana: da quello medico-infermieristico a quelli etico e psicologico, infine a quelli religioso e normativo. Diversi studi hanno dimostrato che il personale medico svolge un ruolo significativo nell'influenzare il processo decisionale dei genitori dopo una diagnosi di grave anomalia fetale [2]. Le CPP dovrebbero far parte delle opzioni assistenziali offerte nel counselling prenatale, insieme all'interruzione della gravidanza [3]. Una perdita perinatale può avere conseguenze di ampia portata, dall'aumento dei conflitti all'interno della coppia, alla maggiore suscettibilità delle donne a disturbo da stress che può incidere profondamente sulle future gravidanze. Gli interventi di cure palliative e il sostegno della famiglia possono quindi contribuire a ridurre i traumi psicologici. Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'effetto sulla decisione dei genitori e sull'esito fetale dell'opzione CPP, presentata nell'ambito del counselling multidisciplinare dopo una diagnosi prenatale infausta.

Metodi

È stato eseguito uno studio osservazionale con raccolta dati retrospettiva, di gravidanze complicate da sindrome plurimalformativa fetale rilevata agli ultrasuoni presso l'Ospedale S. Gerardo di Monza tra il 2010 e il 2022.

Risultati

Durante il periodo di studio, dei 157 feti con anomalie multiple, 88 casi (56%) avevano un'aspettativa di vita limitata. Il 36,4 % (32/88) delle donne con feti plurimalformati e un'aspettativa di vita limitata ha interrotto la gravidanza, il 61,4 % (54/88) ha continuato la gravidanza e il 2,2 % (2/88) dei casi è stato perso al follow-up. Delle donne che hanno deciso di continuare la gravidanza, il 91% (49/54) ha accettato l'opzione CPP, mentre il 9% ha optato per le cure intensive. Le diagnosi più frequenti nel gruppo CPP erano le anomalie cromosomiche. La mortalità perinatale è stata del 96%.

Conclusione

La diagnosi precoce, l'identificazione di anomalie multiple e una valutazione della prognosi fetale sono fattori importanti per consentire la migliore partecipazione dei genitori al processo decisionale sulla condotta della gravidanza e delle cure neonatali. Le CPP sono state accolte da molti genitori dopo la diagnosi di una patologia fetale limitante la vita, per rispettare la vita del bambino ed evitare l'accanimento terapeutico. Pertanto, i servizi di Diagnosi Prenatale in collaborazione con neonatologi dovrebbero offrire ai genitori l'opzione CPP secondo un modello predefinito e personalizzato. Lo sviluppo di questa modalità di cura dovrà prevedere la definizione di aree all'interno del punto nascita dove la presenza continuativa dei genitori e un collegamento con i servizi di cure palliative pediatriche sia garantita.

Bibliografia

1. Perinatal Palliative Care Committee Opinion No. 786 ACOG
2. Lotto R, Smith LK, Armstrong N. Clinicians' perspectives of parental decision-making following diagnosis of a severe congenital anomaly: a qualitative study. *BMJ Open* 2017;7:e014716.
3. Marc-Aurele KL. Decisions Parents Make When Faced With Potentially Life-Limiting Fetal Diagnoses and the Importance of Perinatal Palliative Care. *Front Pediatr*. 2020;8:574556. Published 2020 Oct 22.

Metodologia del processo di aggiornamento della linea guida Gravidanza fisiologica

Edoardo Corsi Decenti¹, Valerio Carletti², Elisabetta Colciago³, Stefania Dell'Oro⁴, Daniele Farsetti², Caterina Ferrari⁵, Enrico Finale⁶, Simona Fumagalli³, Silvia Giovinale⁷, Laura Iannuzzi⁸, Filomena Maellaro², Elena Maggiora⁹, Sara Ornaghi¹⁰, Francesca Pometti², Aikaterini Selntigia², Letizia Sampaolo¹

¹CNaPPS, ISS, Roma; ²Dip. Sc. Chirurgiche, Univ. Studi di Tor Vergata, Roma; ³Univ. degli Studi di Milano Bicocca, Monza; ⁴Dip. Materno Infantile, Osp. A. Manzoni, Lecco; ⁵Dip. Sanità Pubblica e Mal. Infettive, Università Sapienza, Roma; ⁶ASL VCO, Dip. Materno Infantile, Verbania; ⁷Dip. ad attività integrata Materno Infantile, AOU Careggi, Firenze; ⁸Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health, Bournemouth University, UK; ⁹TIN dell'Università, Osp. Sant'Anna, Torino; ¹⁰Univ. Studi Milano Bicocca, Fondazione IRCCS SGT, Monza

Nel 2010 il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato la linea guida (LG) *Gravidanza fisiologica* [1]. Nel 2018, una consultazione informale di esperti e una revisione della letteratura hanno indicato la necessità di procedere all'aggiornamento della LG. Il gruppo di sviluppo (GdS) della LG ha individuato l'adozione/adattamento di una LG come la metodologia di scelta [2]. Considerato che dalla data di pubblicazione della prima versione della LG a oggi sono state identificate nuove conoscenze e si sono rese disponibili nuove metodiche diagnostiche e nuovi trattamenti, oltre che nuove modalità di valutazione, sintesi e interpretazione dei risultati della ricerca, il GdS ha ritenuto opportuno procedere alla revisione di tutte le raccomandazioni (*full updating*) [3] e all'elaborazione di nuove. Nel 2019 il GdS ha condotto una revisione sistematica di LG sull'assistenza alla gravidanza fisiologica prodotte da agenzie di salute pubblica, pubblicate successivamente al 1 gennaio 2014 e disponibili online. Due revisori hanno valutato le LG identificate e hanno concordato di selezionare la LG *Antenatal care* di *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) [4] pubblicata in agosto 2021. La LG NICE è stata scelta perché affronta l'intero percorso assistenziale in gravidanza e mette a disposizione una strategia di ricerca della letteratura replicabile. Un panel multidisciplinare ha definito i quesiti clinici ai quali rispondere. Successivamente è stata prodotta una *tavola di corrispondenza* tra i quesiti clinici presenti nella LG adottata e quelli definiti dal panel; dove i quesiti sono risultati sovrapponibili, è stata condotta una revisione sistematica della letteratura replicando le strategie di ricerca, impostando come limite temporale inferiore il giorno 1 del mese-anno in cui si sono concluse le ricerche della LG adottata. In tutti gli altri casi è stata condotta una revisione di revisioni sistematiche prodotte da agenzie di salute pubblica. Il GdS ha selezionato quindi una o più revisioni sistematiche e replicato la loro strategia di ricerca per condurre una *revisione rapida* della letteratura, consultando le banche dati PubMed/MEDLINE ed EMBASE, impostando come limite temporale inferiore il giorno 1 del mese-anno in cui si sono concluse le ricerche del documento selezionato. I risultati prodotti sia dalla revisione sistematica che dalla revisione rapida sono stati valutati per rilevanza degli abstract e dei testi completi da due ricercatori in modo indipendente, risolvendo con la discussione eventuali disaccordi [5]. Gli studi inclusi sono stati descritti e valutati secondo la metodologia GRADE [6].

Bibliografia

1. Istituto Superiore di Sanità-Sistema Nazionale Linee Guida. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. Roma: ISS, 2011. Disponibile al link: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf

2. The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0.2010. Disponibile al link: <http://www.g-i-n.net>
3. Martínez García L, Pardo-Hernández H, Sanabria AJ et al; G-I-N Updating Guidelines Working Group. Guideline on terminology and definitions of updating clinical guidelines: The Updating Glossary. *J Clin Epidemiol* 2018;95:28-33
4. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care. London: NICE, 2021. Disponibile al link: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/resources/antenatal-care-pdf-66143709695941>
5. Hartling L, Guise JM, Hempel S et al. EPC Methods: AHRQ end user perspectives of rapid reviews. Research white paper. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016
6. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction- GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64:383-394

Revisioni sistematiche e revisioni rapide: vantaggi e svantaggi

Elena Maggiora¹, Valerio Carletti², Elisabetta Colciago³, Edoardo Corsi Decenti⁴, Stefania Dell’Oro⁵, Daniele Farsetti², Caterina Ferrari⁶, Enrico Finale⁷, Simona Fumagalli³, Silvia Giovinale⁸, Laura Iannuzzi⁹, Filomena Maellaro², Sara Ornaghi¹⁰, Francesca Pometti², Aikaterini Selntigia², Letizia Sampaolo³

¹TIN dell’Università, Osp. Sant’Anna, Torino; ²Dip. Sc. Chirurgiche, Univ. Studi di Tor Vergata, Roma; ³Univ. degli Studi di Milano Bicocca, Monza; ⁴CNaPPS, ISS, Roma; ⁵Dip. Materno Infantile, Osp. A. Manzoni, Lecco; ⁶Dip. Sanità Pubblica e Mal. Infettive, Università Sapienza, Roma; ⁷ASL VCO, Dip. Materno Infantile, Verbania; ⁸Dip. ad attività integrata Materno Infantile, AOU Careggi, Firenze; ⁹Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health, Bournemouth University, UK; ¹⁰Università degli Studi Milano Bicocca, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza

Per aggiornare la linea guida (LG) Gravidanza fisiologica [1] è stata scelta la metodologia dell’adozione/adattamento della LG Antenatal care di National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del 2021 [2]. Nel corso di questo processo, in tutti i casi in cui è stata verificata una corrispondenza fra i quesiti formulati dal panel della LG Gravidanza fisiologica e quelli compresi nella LG adottata è stata condotta una revisione sistematica (RS) della letteratura, replicando la strategia utilizzata da NICE, aggiornata nei suoi limiti temporali. In caso di mancata corrispondenza tra quesiti, quesito non aggiornato da NICE o strategia di ricerca non replicabile, è stata condotta una RS di revisioni sistematiche prodotte da agenzie di salute pubblica. Attraverso questa modalità è stato individuato un documento, definito di riferimento. Le conoscenze incluse in questo documento sono state quindi aggiornate attraverso una revisione rapida (RR) della letteratura, realizzata replicando la strategia di ricerca utilizzata nella RS selezionata. Le RR costituiscono un metodo di sintesi di conoscenze [3] e sono considerate, dal punto di vista dell’impiego delle risorse, una valida alternativa alle RS. La RR permette di accelerare il processo di selezione della letteratura, semplificando o omettendo metodi che dovrebbero essere chiaramente definiti dagli autori [4]. I principali limiti delle RR riguardano la minore fiducia nella certezza delle prove e nella possibilità di ottenere costantemente risultati validi [5]. Uno studio condotto con l’obiettivo di valutare la “non inferiorità” delle RR rispetto alle RS ha valutato un campione casuale di 60 revisioni sistematiche Cochrane confrontate con 840 revisioni rapide e ha assunto come critica una frequenza di conclusioni in direzione opposta superiore al 10%. La combinazione di una banca dati con un’altra o con la ricerca in bibliografia degli studi selezionati non è risultata inferiore alle RS (2%, IC 95%: 0%-9%). Limitare la ricerca al solo EMBASE ha prodotto la percentua-

le maggiore di conclusioni opposte (27%, IC 95%: 16%-40%); percentuali minori sono state osservate nella combinazione di tre banche dati e ricerca nella bibliografia degli studi selezionati (8%, IC 95%: 3%-18%). Relativamente alla fiducia nella certezza di una conclusione, tutte le RR sono risultate inferiori rispetto alle RS [6]. Nel processo di aggiornamento della LG Gravidanza fisiologica la RR è stata condotta consultando due banche dati (PubMed/MEDLINE ed EMBASE). Nei casi in cui i risultati della RR abbiano condotto a conclusioni conflittuali con quelle del documento di riferimento, la ricerca è stata replicata con la metodologia delle RS.

Bibliografia

1. ISS-SNLG. Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. Roma: ISS, 2011
2. NICE. Antenatal care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021
3. Tricco AC, Zarin W, Ghassemi M et al. Same family, different species: methodological conduct and quality varies according to purpose for five types of knowledge synthesis. *J Clin Epidemiol* 2018;96:133-42
4. Beecher C, Toomey E, Maeso B et al. Priority III: top 10 rapid review methodology research priorities identified using a James Lind Alliance Priority Setting Partnership. *J Clin Epidemiol* 2022;151:151-60
5. Langlois EV, Straus SE, Antony J et al. Using rapid reviews to strengthen health policy and systems and progress towards universal health coverage. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001178
6. Nussbaumer-Streit B, Klerings I, Wagner G et al. Abbreviated literature searches were viable alternatives to comprehensive searches: a meta-epidemiological study. *J Clin Epidemiol* 2018;102:1-11

Infezioni sessualmente trasmissibili in gravidanza: carenza di dati italiani

Sara Ornaghi¹, Edoardo Corsi Decenti², Valerio Carletti³, Elisabetta Colciago⁴, Stefania Dell’Oro⁵, Daniele Farsetti³, Caterina Ferrari⁶, Enrico Finale⁷, Simona Fumagalli³, Silvia Giovinale⁸, Laura Iannuzzi⁹, Filomena Maellaro³, Elena Maggiora¹⁰, Francesca Pometti³, Aikaterini Selntigia³, Letizia Sampaolo²

¹Univ. Studi Milano Bicocca, Fondazione IRCCS SGT, Monza; ²CNaPPS, ISS, Roma; ³Dip. Sc. Chirurgiche, Univ. Studi di Tor Vergata, Roma; ⁴Univ. degli Studi di Milano Bicocca, Monza; ⁵Dip. Materno Infantile, Osp. A. Manzoni, Lecco; ⁶Dip. Sanità Pubblica e Mal. Infettive, Università Sapienza, Roma; ⁷ASL VCO, Dip. Materno Infantile, Verbania; ⁸Dip. ad attività integrata Materno Infantile, AOU Careggi, Firenze; ⁹Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health, Bournemouth University, UK; ¹⁰TIN dell’Università, Osp. Sant’Anna, Torino

Il processo di valutazione della qualità delle prove disponibili in relazione a uno specifico quesito sullo screening delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) in gravidanza non può prescindere dalla conoscenza di prevalenza e incidenza di queste patologie e delle infezioni a trasmissione verticale (ITV). Queste informazioni, unitamente a quelle sulle conseguenze della IST su madre e feto/neonato e sulla disponibilità di un trattamento efficace e sicuro, sono essenziali per contestualizzare il quesito e definire forza e direzione della raccomandazione.

Una criticità nella valutazione e selezione delle prove disponibili sulle IST in gravidanza è rappresentata dalla carenza o completa assenza di dati italiani. Nei quesiti inerenti allo screening per l’infezione da Herpes Simplex Virus (HSV) abbiamo identificato tre studi che hanno analizzato il dato di sieroprevalenza di HSV-1 e HSV-2 nella popolazione di donne in gravidanza in alcune regioni italiane prima del 2015 [1-3]. In Europa, la sieroprevalenza di queste infezioni ha mostrato un progressivo declino di circa l’1% annuo, accompagnato a un incremento del numero dei casi di Herpes genitale causati da HSV-1, in particolare nelle donne [4]. L’Herpes

genitale non è soggetto a notifica obbligatoria e le informazioni disponibili sulle frequenze di questa infezione in Italia provengono unicamente dai sistemi di sorveglianza sentinella delle IST coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità, che nel loro rapporto annuale non forniscono informazioni specifiche sulle donne in gravidanza [5]. Inoltre, l'assenza di un programma di sorveglianza attiva dei casi di Herpes neonatale in Italia determina l'assenza di dati di incidenza nazionale. L'infezione da T. pallidum è soggetta a notifica obbligatoria, ma – nonostante lo screening sia offerto a tutte le donne in gravidanza – analogamente a quanto osservato per le infezioni da HSV, le informazioni disponibili sull'incidenza di sifilide in gravidanza in Italia sono limitate a un unico studio condotto in un territorio ristretto [6]. Pur essendo disponibili dati nazionali di incidenza della sifilide congenita nella popolazione neonatale, non è attivo un sistema di sorveglianza attiva di questa IST che possa sopperire alla verosimile incompleta aderenza al sistema di notifica. Una possibile modalità attraverso la quale colmare le lacune conoscitive sopra citate potrebbe essere rappresentata dalla raccolta di informazioni inerenti alle IST e ITV in gravidanza e alle infezioni congenite nei neonati nel "Certificato di Assistenza al Parto" (CEDAP) e dalla istituzione di registri nazionali neonatali delle principali infezioni congenite.

Bibliografia

1. Suligoi et al. 2000, Suligoi B, Susan M, Santopadre P, et al. HSV-2 specific seroprevalence among various populations in Rome, Italy. The Italian Herpes Management Forum. Sex Transm Inf 2000;76:213-216
2. Marchi S, Trombetta CM, Gasparini R, et al. Epidemiology of herpes simplex virus type 1 and 2 in Italy: a seroprevalence study from 2000 to 2014. J Prev Med Hug 2017; 58: E27-E33
3. Nahmias AJ, Lee FK, Beckman-Nahmias S. Sero-epidemiological and -sociological patterns of Herpes simplex virus infection in the world. Scand J Infect Dis Suppl 1990;69:19-36.
4. Yousuf W, Ibrahim H, Harfouche M, Abu Hijleh F, Abu-Raddad L. Herpes simplex virus type 1 in Europe: systematic review, meta-analyses and meta-regressions. BMJ Glob Health. 2020;5(7):e002388.
5. Salfa MC, Ferri M, Suligoi B, et al. Le infezioni sessualmente trasmesse: aggiornamento dei dati dei due sistemi di sorveglianza sentinella attivi in Italia al 31 dicembre 2020. Not Ist Super Sanità 2022;35(6):3-39
6. Delmartello M, Parazzini F, Pedron M et al. Coverage and outcomes of antenatal tests for infections: a population based survey in the Province of Trento, Italy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019 Jun;32(12):2049-2055.

Diversa formulazione dei quesiti e interpretazione delle prove

Simona Fumagalli¹, Valerio Carletti², Elisabetta Colciago¹, Edoardo Corsi Decenti³, Stefania Dell'Oro⁴, Daniele Farsetti², Caterina Ferrari⁵, Enrico Finale⁶, Silvia Giovinale⁷, Laura Iannuzzi⁸, Filomena Maellaro², Elena Maggiore⁹, Sara Ornaghi¹⁰, Francesca Pometti², Aikaterini Selntigia², Letizia Sampaolo³

¹Univ. degli Studi di Milano Bicocca, Monza; ²Dip. Sc. Chirurgiche, Univ. Studi di Tor Vergata, Roma; ³CNaPPS, ISS, Roma; ⁴Dip. Materno Infantile, Osp. A. Manzoni, Lecco; ⁵Dip. Sanità Pubblica e Mal. Infettive, Università Sapienza, Roma; ⁶ASL VCO, Dip. Materno Infantile, Verbania; ⁷Dip. ad attività integrata Materno Infantile, AOU Careggi, Firenze; ⁸Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health, Bournemouth University, UK; ⁹TIN U, Osp. Sant'Anna, Univ. Studi, Torino; ¹⁰Univ. Studi Milano Bicocca, Fondazione IRCCS SGT, Monza

Direzione e forza di una raccomandazione non dipendono unicamente dalla fiducia nella stima degli effetti riportata dalle prove disponibili ma da un giudizio complessivo che pren-

de in considerazione anche altre dimensioni, come prevalenza/incidenza della condizione in esame e rapporti beneficio/rischio e beneficio/costo dei trattamenti. Nel processo di aggiornamento della raccomandazione sullo screening per la batteriuria asintomatica compresa nella linea guida Gravidanza fisiologica sono stati considerati i documenti prodotti da due agenzie di salute pubblica, la US Preventive Services Task Force (USPSTF) e la UK National Screening Committee (UK NSC) [1-2].

Il framework analitico adottato dalle due agenzie per identificare i quesiti clinici ai quali rispondere ed elaborare la raccomandazione è diverso.

La USPSTF ha commissionato all'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) una revisione sistematica partendo dal framework riportato in Figura 1 e identificando 4 quesiti di ricerca: 2 relativi a benefici e danni dello screening della batteriuria asintomatica e due quesiti su benefici e danni del trattamento della batteriuria asintomatica.

La UK NSC ha utilizzato un diverso framework, andando a valutare invece la soddisfazione dei criteri propri di un programma di screening, ovvero la fattibilità, l'efficacia e l'adeguatezza del test. I 20 criteri identificati sono relativi alla specifica condizione, al test di screening, al trattamento, al programma di screening e ai criteri di implementazione [3]. Anche in questo caso la revisione sistematica della letteratura è stata commissionata a una agenzia esterna.

Nonostante i differenti framework analitici considerati, le due revisioni sistematiche hanno incluso gli stessi studi e valutata secondo GRADE la qualità delle prove disponibili sullo screening come molto bassa o bassa per tutte le stime considerate. Gli eventi sono pochi, le stime degli effetti sono molto imprecise e il rapporto beneficio/danno dello screening risulta incerto. Le prove che hanno valutato l'efficacia del trattamento antibiotico in donne con batteriuria asintomatica sono di bassa qualità e sono state prodotte prevalentemente oltre 30 anni fa in setting molto diversi.

Pur avendo incluso il medesimo corpo di conoscenze, di fronte ad una condizione di incertezza delle prove disponibili, si è riscontrata una difformità nell'interpretazione, portando le agenzie alla formulazione di raccomandazioni di opposta direzione: USPSTF, sulla base di un consolidato programma di screening, continua a raccomandarlo pur riducendo la forza della raccomandazione (da A a B); UK NSC non raccomanda lo screening, in quanto non soddisfatti i criteri per giustificarne l'introduzione.

Bibliografia

1. Henderson JT, Webber EM, Bean SI et al. Screening for asymptomatic bacteriuria in adults: an updated systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019.
2. UK NSC. UK National Screening Committee. Antenatal screening for asymptomatic bacteriuria. London: UK NSC; 2021
3. <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme>

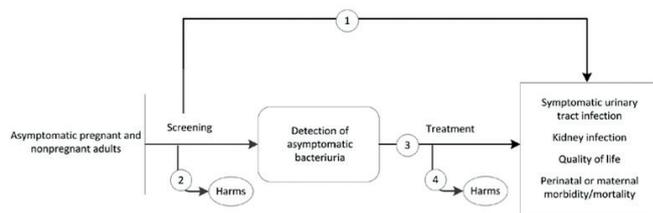


Figura 1. Analytic Framework

Il contributo e le sfide della ricerca qualitativa nella stesura di linee guida

Laura Iannuzzi¹, Valerio Carletti², Elisabetta Colciago³, Edoardo Corsi Decenti⁴, Stefania Dell'Oro⁵, Daniele Farsetti², Caterina Ferrari⁶, Enrico Finale⁷, Simona Fumagalli³, Silvia Giovinale⁸, Filomena Maellaro², Elena Maggiora⁹, Sara Ornaghi¹⁰, Francesca Pometti², Atkaterini Selntigia², Letizia Sampaolo⁴

¹Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health, Bournemouth University, UK; ²Dip. Sc. Chirurgiche, Univ. Studi di Tor Vergata, Roma; ³Univ. degli Studi di Milano Bicocca, Monza; ⁴CNaPPS, ISS, Roma; ⁵Dip. Materno Infantile, Osp. A. Manzoni, Lecco; ⁶Dip. Sanità Pubblica e Mal. Infettive, Università Sapienza, Roma; ⁷ASL VCO, Dip. Materno Infantile, Verbania; ⁸Dipartimento ad attività integrata Materno Infantile, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze; ⁹TIN dell'Università, Osp. Sant'Anna, Torino; ¹⁰Università degli Studi Milano Bicocca, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza

La ricerca qualitativa rappresenta l'approccio più appropriato per esplorare prospettive, esperienze, bisogni, comportamenti delle persone e caratteristiche delle relazioni, all'interno del loro contesto socio-culturale [1-2]. Alla ricerca qualitativa è attribuita la capacità di investigare fenomeni complessi, e domande come quelle riguardanti i perché e i come, per le quali un approccio quantitativo e un lavoro su dati numerici può difficilmente risultare adeguato [2].

In sanità, le indagini qualitative sono spesso utilizzate per meglio conoscere e comprendere i vissuti degli individui/sottogruppi di popolazione a cui è rivolta l'assistenza, di quelli dei professionisti, dei meccanismi alla base di processi decisionali legati alla cura, del funzionamento dei servizi e dei sistemi, e dei fattori influenzanti la salute in senso più ampio, inclusi quelli socio-culturali. Il contributo che la ricerca qualitativa può apportare ai processi di miglioramento della qualità delle cure offerte, ha portato molti, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità, a ritenere necessario introdurre tale metodologia anche nei processi di produzione di linee guida [1,3]. Nell'ultimo decennio si è assistito di fatto a un incremento graduale e costante di approcci qualitativi ai fini della elaborazione di raccomandazioni cliniche, tuttavia le pratiche e le esperienze consolidate in quest'area risultano ancora limitate. L'assenza di esperti in ricerca qualitativa all'interno dei gruppi di sviluppo di linee guida e la mancanza di un approccio rigoroso per la valutazione della qualità delle revisioni sistematiche di studi qualitativi (dette anche sintesi qualitative) rappresentano problematiche frequentemente riscontrate in questo ambito [2-4]. A aumentare la complessità del percorso è spesso l'assenza di sintesi qualitative, che rappresentano lo strumento principale per poter arrivare a formulare raccomandazioni circa quesiti di tipo qualitativo, adatte allo scopo. Frequentemente infatti si devono commissionare sintesi qualitative ad hoc per poter rispondere a quanto richiesto da un panel di linee guida [3-5]. E anche in tema di produzione di sintesi qualitative molti sono gli ambiti di dibattito metodologico e diversi gli approcci utilizzati per trovare soluzioni a problemi quali possibili strategie di campionamento di studi qualitativi (es. approcci inclusivi o esclusivi), modalità di valutazione della qualità degli studi inclusi in revisioni sistematiche (es. CASP o altri strumenti), necessità di un metodo sistematico per valutazione dei risultati (es. GRADE CERQual) dovendo coniugare le esigenze di un approccio qualitativo rigoroso con i tempi e le risorse disponibili per lo sviluppo di raccomandazioni [6].

Bibliografia

1. Pyo, Jeehee et al. Qualitative Research in Healthcare: Necessity and Characteristics. Journal of preventive medicine and public health 56,1:12-20 (2023). <https://doi:10.3961/jpmph.22.451>.

2. Wang, YY, Liang, DD., Lu, C. et al. An exploration of how developers use qualitative evidence: content analysis and critical appraisal of guidelines. BMC Med Res Methodol 20, 160 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12874-020-01041-8>.

3. Downe, S., Finlayson, K.W., Lawrie, T.A. et al. Qualitative Evidence Synthesis (QES) for Guidelines: Paper 1 – Using qualitative evidence synthesis to inform guideline scope and develop qualitative findings statements. Health Res Policy Sys 17, 76 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0467-5>.

4. Lewin, S., Glenton, C., Lawrie, T.A. et al. Qualitative Evidence Synthesis (QES) for Guidelines: Paper 2 – Using qualitative evidence synthesis findings to inform evidence-to-decision frameworks and recommendations. Health Res Policy Sys 17, 75 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0468-4>.

5. Glenton, C., Lewin, S., Lawrie, T.A. et al. Qualitative Evidence Synthesis (QES) for Guidelines: Paper 3 – Using qualitative evidence syntheses to develop implementation considerations and inform implementation processes. Health Res Policy Sys 17, 74 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0450-1>.

6. World Health Organization (WHO). Using qualitative research to strengthen guideline development (2019). Available at: <https://www.who.int/news/item/08-08-2019-using-qualitative-research-to-strengthen-guideline-development>

Alcol, tumori e comunicazione. Una storia italiana

Roberto Buzzetti
Epidemiologo freelance

Mentre scriviamo (gennaio 2023) viene riferita la notizia che, "secondo recenti studi" non esisterebbe una soglia di assunzione di alcol al di sopra della quale aumenta il rischio di tumori. Tale soglia sarebbe pari a zero, cioè qualunque quantità di alcol è dannosa. È un'ottima cosa che queste segnalazioni arrivino al grande pubblico, che invece potrebbe essere convinto che un moderato consumo di alcol sia benefico e salutare.

Vorrei però attirare l'attenzione sui diversi livelli cui fare attenzione; livelli che purtroppo vengono spesso confusi e mescolati nelle discussioni pubbliche (TV, social, ecc.).

Livello biologico. Come si comporta la curva del rischio (y) in funzione della dose (x)? E la curva del rischio sulla mortalità generale (per tutte le cause)?

Livello dell'epidemiologia clinica. Gli studi su alcol e tumori sono praticamente sempre quantitativi. Tendono a esprimere la variabile x come numero di drink, o come quantità stimata di alcol etilico introdotto. Siamo sicuri che non sia in gioco anche la qualità di quello che si beve?

Per non dimenticare la potenziale presenza di alcuni bias...

Livello della psicologia e della società. Si tende a dimenticare che una bevanda alcolica (sempre penso al vino...) non è solo qualcosa di biologico che viene ingerito. C'è anche una componente psicologica, e soprattutto una componente sociale, di cui tenere conto.

Livello degli aspetti economici: sopravvalutati?

Ci si deve porre alcune domande, e tentare anche alcune risposte. Soprattutto esemplificare le modalità di condurre un'analisi completa di un problema; per poter procedere in futuro con gli opportuni approfondimenti, attraverso una lettura critica della letteratura scientifica ma anche oltre.

L'emogas cordonale di routine a tutti i nati: sì o no?

Luigi Gagliardi
Ospedale Versilia, Dipartimento Materno-Infantile dell'AUSL Toscana Nord Ovest

Nel 1958 James et al, in uno studio tra i cui autori vi era anche Virginia Apgar, per primi dimostrarono l'importanza di misurare il pH e l'eccesso di basi nel sangue cordonale del neonato in relazione alla "asfissia".

Sessantacinque anni dopo, l'emogas (EGA) cordonale è una pratica molto diffusa nelle sale parto e nelle neonatologie. La

survey dell'UENPS del 2020 riporta che in circa 2/3 dei punti nascita italiani (e dell'Europa occidentale) viene eseguita un'EGA cordonale di routine a tutti i nati.

Questo nonostante manchino raccomandazioni ufficiali in merito. In particolare, le indicazioni dell'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) del 2006, che raccomandavano l'esecuzione dell'EGA cordonale ad alcune categorie di nati, sono state ritirate e non sono più disponibili.

Il fine di questo contributo, partendo dalla presentazione di una revisione della letteratura in merito alla opportunità di fare l'EGA a tutti i nati o solo ad alcune categorie, è quello di approfondire la discussione sui vantaggi e svantaggi dell'EGA a tutti, e sulle decisioni diagnostico-terapeutiche-assistenziali che ne possono conseguire, nello spirito che ha visto nascere il Laboratorio.

La maniera di inquadrare la pratica dell'EGA cordonale influenza anche la visione che se ne ha: si tratta di "un test di screening" (per cui val la pena valutare rischio di base, sensibilità, specificità, valore predittivo positivo e negativo, ecc.) come l'esecuzione a tappeto a tutti sembra suggerire, o si tratta di uno dei tanti monitoraggi che eseguiamo nella pratica clinica per controllare che le cose stiano andando "regolarmente" (come misurare la temperatura, o il calo ponderale, ecc.) che pure facciamo a tutti? E se è vera questa seconda ipotesi, a qual fine lo facciamo?

L'esame della questione "EGA a tutti: sì o no?" ci permette, affrontando un caso particolare, di valutare una domanda più generale: escludendo i classici screening -neonatali o altro- ha senso in medicina clinica eseguire esami, monitoraggi, misurazioni solo all'interno di analisi formalizzate delle probabilità a priori e a posteriori e delle performance dei test? Noi sappiamo che questo non succede affatto nella realtà di tutti i giorni, e val la pena riflettere sui pro e contro di un tale approccio.

LETTURE

Umani, animali bi-cerebrali: perché dovremmo occuparci di genitori?

Livio Provenzi^{1,2}

¹ Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università di Pavia; ² Laboratorio di Psicobiologia dello Sviluppo (dpb lab), IRCCS Fondazione Mondino

Le esperienze precoci che coinvolgono il sistema genitore-bambino – quelle che riguardano in particolare i primi mille giorni dal concepimento – sono in grado di modificare i processi neurobiologici che regolano lo sviluppo socio-emozionale e cognitivo del bambino così come il benessere dei genitori. L'effetto di queste esperienze è chiaramente dipendente dall'elevato gradiente di neuro-plasticità che caratterizza le prime fasi dello sviluppo, grazie a meccanismi di regolazione epigenetica del DNA particolarmente suscettibili alle influenze ambientali. Gli studi di epigenetica comportamentale condotti negli ultimi due decenni, infatti, hanno iniziato a fornire i primi dati utili all'emergere di un modello di sviluppo in cui la distinzione tra genetica e ambiente, predisposizioni e contesti di cura appare sempre più una goffa forzatura. Al tempo le esperienze precoci sono di natura intrinsecamente interattiva e relazionale e presuppongono la presenza di un adulto che danzi a ritmo con il bambino. Gli attuali progressi nell'ambito delle neuroscienze ci consentono oggi – tramite paradigmi metodologici definiti "hyperscanning" – di poter osservare, quantificare e comprendere i processi di co-regolazione interattiva che avvengono non solo sul piano del comportamento, ma anche a livello cerebrale. Recenti studi infatti fan-

no uso di metodiche avanzate di studio dell'attività elettro-encefalica di genitore e bambino mentre questi interagiscono in contesti naturali, offrendo uno sguardo senza precedenti sulle micro-regolazioni precoci e sui loro effetti – protettivi o di rischio – sugli esiti di sviluppo e benessere. Provocatoriamente è allora possibile domandarsi se non valga la pena costruire un modello di neuroscienze dello sviluppo che veda nel sistema genitore-bambino l'unità privilegiata di analisi, considerando l'essere umano come un animale primariamente bi-cerebrale, intrinsecamente cablato per essere in interazione: *born to be wired*. Un modello epistemologico così connotato potrebbe guidare una più decisa transizione dei servizi che si occupano del benessere infantile verso una presa in carico davvero centrata sulla famiglia. In quest'ottica, se è vero che le esperienze precoci sono un contesto di apprendimento biologico e relazionale, occuparsi di bambini non sarebbe più possibile senza prendere davvero sul serio i genitori: i loro vissuti, le loro rappresentazioni, i loro bisogni.

...a proposito di confidenza

Roberto Bellù

Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, ASST di Lecco

Negli ultimi anni si è assistito ad un ampio dibattito dall'uso, l'interpretazione e l'eticità della statistica in medicina. L'importanza di tale dibattito deriva dal fatto che al suo centro non vi è solo una mera questione tecnica, bensì un confronto e ancor più frequentemente uno scontro sul modo stesso di intendere la medicina.

Un pregiudizio ampiamente diffuso tra gli operatori sanitari è rappresentato dal fatto che la statistica sia uno strumento attraverso il quale sia possibile dimostrare qualunque cosa, purché lo si voglia: "Se torturate i dati, alla fine questi cantano...". Spesso risultati di importanti studi clinici ed epidemiologici vengono liquidati come semplice "statistica", con una chiara connotazione negativa del termine; ancora, risultati tra loro divergenti vengono interpretati come prova del fatto che non ci si possa "fidare" della statistica. D'altro canto, nella letteratura clinica e nelle presentazioni a congressi è prassi comune presentare risultati clinici come "statisticamente significativi". Significativi di che cosa? Senza dubbio di una confusione che assume molteplici aspetti e che porta ad utilizzare un linguaggio sempre più abbondante di tecnicismi e sempre più lontano dalla realtà della medicina e dai bisogni dei malati.

Se queste due tendenze apparentemente opposte sono attualmente così diffuse, è probabile che un'unica causa, o meglio un unico atteggiamento culturale possa essere sullo sfondo di entrambe. Questo sfondo comune può essere individuato nella ricerca di certezze da parte dell'operatore sanitario. Da una si diffida dell'incertezza statistica e dall'altra si erige il numero ($p < 0.05$) a suprema prova di un'idea, di un'opinione o di un trattamento. La rimozione dell'idea di fondo (il bisogno di certezze) sembra quindi ritornare come idea distorta ed artefatta che si esprime in molte false certezze della medicina moderna, come puntualmente conferma l'attuale drammatica crisi di fiducia nei confronti della cosiddetta medicina ufficiale. Il proliferare di trattamenti e terapie "alternative" e la sfiducia nei trattamenti tradizionali, che recentemente comprende drammaticamente anche i vaccini, non può essere solo e semplicemente liquidato come mera irrazionalità, ma come crisi di "fiducia" in un intero sistema.

Il bisogno di certezze è probabilmente un elemento centrale. A ciò si oppone, almeno in apparenza, il pensiero scientifico più avanzato, che fa del dubbio e della mancanza di certezze durature addirittura la propria ragion d'essere. Con Popper, "nessun sapere scientifico è definitivo", anzi proprio la falsifi-

cabilità di un risultato è la prova ultima della sua scientificità: ciò che non è superabile e falsificabile non appartiene al campo, alle competenze della scienza.

A volte anche la medicina sembra voler perseguire un sapere "certo" ed onnicomprensivo. La possibilità di conoscere l'intera mappa del genoma umano sembra rappresentare la soluzione finale.

A fronte di tale sapere certo e dimostrabile, l'epidemiologia ha spesso proposto un sapere incerto e falsificabile. Il pensiero intorno alla complessità dei modelli causali ne è un esempio e la critica all'inferenza statistica ne è una manifestazione di punta. L'utilizzo di un linguaggio che tende a considerare la variabilità e l'incertezza del sapere scientifico ne è prova e al tempo stesso patrimonio da sviluppare. L'utilizzo degli intervalli di confidenza è uno degli strumenti attraverso i quali tale visione della scienza e della medicina si esplica. Dal punto di vista statistico ed epidemiologico infatti l'intervallo di confidenza esprime quantitativamente l'incertezza relativa ad una qualsiasi stima. L'utilizzo più tipico è relativo alla stima di una differenza (ad esempio tra medie), oppure di un rischio relativo. In questo caso l'intervallo di confidenza assume il suo più pieno significato, in quanto in grado di veicolare un quantitativo notevole di informazioni molto maggiore rispetto alla semplice significatività statistica.

Una lettura quantitativa si tradurrebbe, poi, in una comunicazione coerente, ovvero in una modalità di informazione che tenga conto dell'incertezza e della provvisorietà del sapere scientifico. Qui l'equivoco potrebbe presentarsi facilmente. Al bisogno di certezze che i pazienti presentano rispondiamo con l'incertezza e il dubbio? Non corriamo il rischio di aumentare la confusione e la sfiducia nella medicina? Certamen-

te sì, se non chiariamo bene la differenza tra l'atteggiamento e il contenuto. Comunicare l'incertezza *non* significa affatto comunicare *con* incertezza. La certezza del dubbio è ben lontana dal dubbio della certezza. Questo è il dubbio che, probabilmente, oggi la gente percepisce e al quale reagisce con la sfiducia; l'incertezza nel comunicare un sapere certo e immodificabile sembra ingenerare una sfiducia sempre più manifesta nella medicina e nei suoi metodi.

Un sapere fondato sulla certezza del dubbio esige uno sforzo culturale notevole; affrontare i problemi in termini quantitativi esige un "più" di conoscenza. Conoscere l'entità di un fenomeno, la sua variabilità e la sua applicabilità alla situazione particolare richiede pazienza e un approfondimento maggiore rispetto alla semplice nozione che qualcosa "funziona". La certezza del dubbio lascia sempre spazio per un approfondimento maggiore, per un dato in più, per un punto di vista diverso, per una possibilità ulteriore. Il dubbio della certezza non fa che mostrare i limiti di un'improbabile conoscenza onnipotente. E allora non è forse che la "confidenza" che noi abbiamo con il dato scientifico, con il nostro sapere, potrebbe essere proporzionale alla confidenza che i pazienti avranno con noi? È un caso si parli di intervalli di *confidenza*, di limiti *fiduciali*? La questione della fiducia sembra centrale. Trattare i dati con *confidenza* per ricevere in cambio *fiducia*. I pazienti spesso vogliono certezze; comunicare la certezza di aver fatto di tutto per interpretare i dati, per trovare una soluzione migliore, per utilizzare ciò che in un dato momento fornisce le migliori garanzie di sicurezza ed efficacia, e di voler mantenere aperta la possibilità di trovare domani qualcosa di meglio, può essere una certezza più grande. Il metodo epidemiologico può anche significare questo.