m_pi.AOODGRMF.REGISTRO UFFICIALE.I.0025096.04-09-2021
0043293-24/09/2021-DGPRE-DGPRE-I

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

A
Ufficio di Gabinetto
Sede

Protezione Civile
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

Ministero Economia e Finanze
mef@pec.mef.gov.it

Ministero Sviluppo Economico
gabinetto@pec.mise.gov.it

Ministero Infrastrutture e Trasporti
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

Ministero Del Lavoro e Politiche Sociali
segreteriaministro@pec.lavoro.gov.it

Ministero della Cultura
mbac-udcm@mailcert.beniculturali.it

Ministero del Turismo
ufficiodigabinetto.turismo@pec.it

Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
gabinetto.ministro@cert.esteri.it

Ministero della Difesa Ispettorato Generale della Sanità Militare
stamadifesa@postacert.difesa.it

Ministero dell'Istruzione
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero dell'Università e della Ricerca
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero dell'Interno
gabinetto.ministro@pec.interno.it

Ministero della Giustizia
capo.gabinetto@giustiziacert.it

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento
Ministero Della Giustizia
prot.dgdt.dap@giustiziacert.it
gabinetto.ministro@giustiziacert.it

Ministero dello Sviluppo Economico
gabinetto@pec.mise.gov.it

Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali
ministro@pec.politicheagricole.gov.it

Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare
segreteria.ministro@pec.minambiente.it

Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie
affariregionali@pec.governo.it

Assessorati alla Sanità Regioni Statuto Ordinario e Speciale
LORO SEDI

Assessorati alla Sanità Province Autonome Trento e Bolzano
LORO SEDI

Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
anci@pec.anci.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera
LORO SEDI

Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
m.angelelli@chiesacattolica.it

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
segreteria@pec.fnomceo.it

OGGETTO: raccomandazioni sulla vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 in gravidanza e allattamento.

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e delle crescenti evidenze sulla efficacia e sicurezza della vaccinazione in gravidanza sia nei confronti del feto che della madre, in linea con l'aggiornamento del documento *"Indicazioni ad interim su vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento"* a cura di ISS-ItOSS (ALLEGATO 1), al quale si rimanda per ulteriori dettagli, si raccomanda la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19, con vaccini a mRNA, alle donne in gravidanza nel secondo e terzo trimestre. Relativamente al primo trimestre, la vaccinazione può essere presa in considerazione dopo valutazione dei potenziali benefici e dei potenziali rischi con la figura professionale sanitaria di riferimento.

La vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 è altresì raccomandata per le donne che allattano, senza necessità di sospendere l'allattamento.

Il DIRETTORE GENERALE
**f.to* Dott. Giovanni Rezza

Il Direttore dell'Ufficio 05
Dott. Francesco Maraglino

Referente/Responsabile del procedimento:
Dott. Andrea Siddu
a.siddu@sanita.it

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993"*

Indicazioni ad interim su "Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento"

Aggiornamento del 22 settembre 2021

A cura dell'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)

Istituto Superiore di Sanità

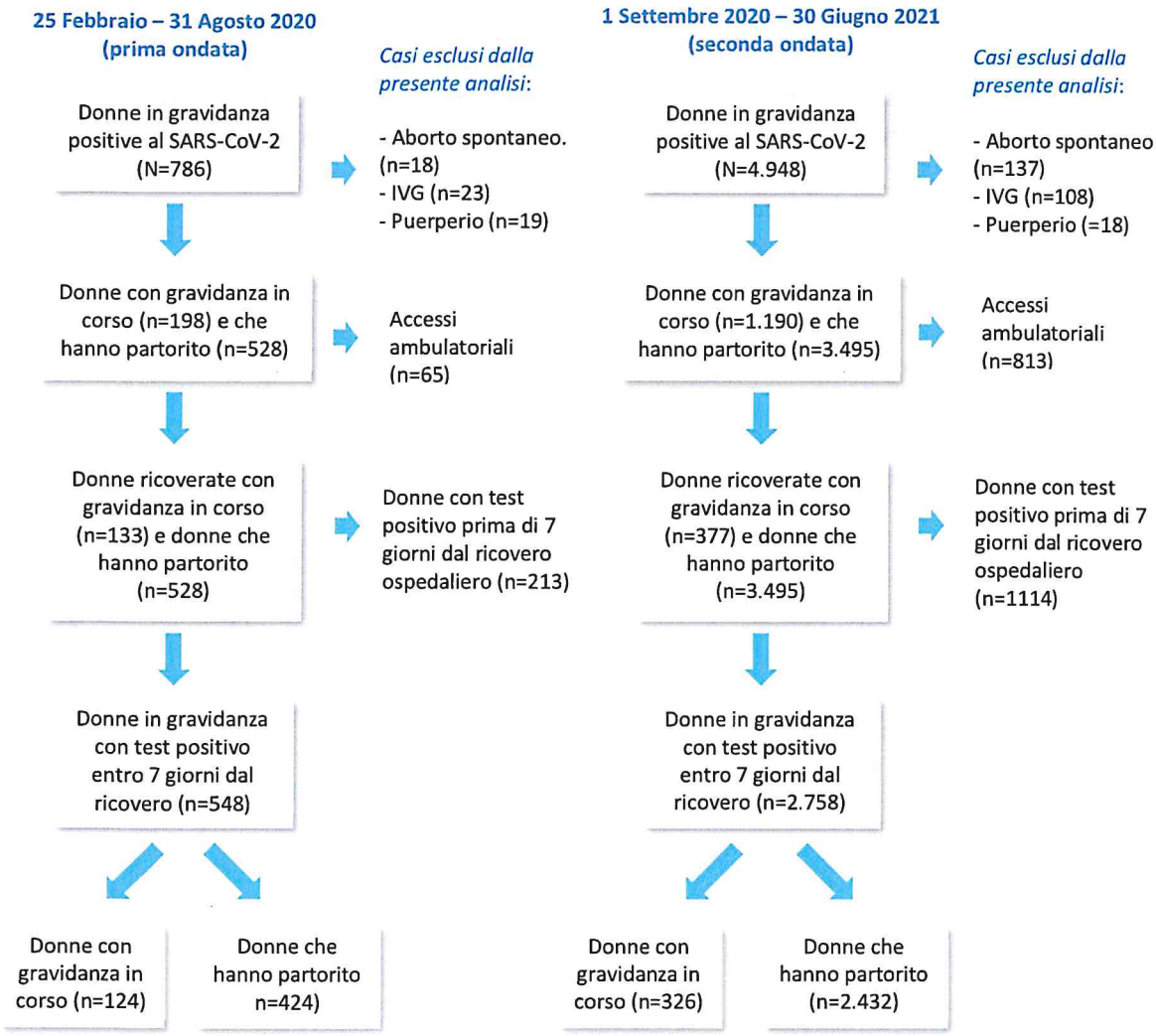
in grado di replicare, per cui per tutti i vaccini autorizzati in Italia è biologicamente e clinicamente improbabile che possa verificarsi alcun rischio per i neonati allattati[3,9,13,24-27]. Grazie alla dimostrazione della presenza di anticorpi anti SARS-CoV-2 nel latte di donne vaccinate[21], è ipotizzabile che il lattante possa acquisire una protezione aggiuntiva contro l'infezione da SARS-CoV-2[28-30], anche se non è ancora noto il grado di protezione che questi anticorpi possono offrire al neonato[9].

Infine, per quanto riguarda la fertilità delle donne che si sottopongono a vaccinazione contro la COVID-19, le agenzie di salute pubblica e le società scientifiche a livello internazionale escludono una possibile associazione tra vaccino e problemi di fertilità [9,24,25,31,32].

2. I possibili effetti della malattia da COVID-19 sulla madre e sul feto/neonato

In Italia, i dati dello studio prospettico *population-based* coordinato dall'*Italian Obstetric Surveillance System* dell'Istituto Superiore di Sanità[33-35] (https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-gravidanza-parto-allattamento-studio-prospettico-itoss), descrivono l'incidenza, i fattori di rischio, il decorso clinico e gli esiti di salute materni e feto/neonatali rilevati durante la prima e seconda ondata della pandemia in tutte le donne con infezione confermata da SARS-CoV-2 che si sono rivolte ai presidi sanitari in gravidanza, parto o puerperio.

Fig.1 Diagramma di flusso delle donne arruolate nello studio ItOSS durante la prima (25.02.2020 – 31.08.2020) e seconda ondata pandemica (01.09.2020 – 30.06.2021)



La Tabella 2 descrive il confronto tra alcuni esiti con quelli delle donne in età riproduttiva SARS-CoV-2 positive ricoverate in Italia nel periodo 25 febbraio 2020 – 30 aprile 2021[37]. Gli esiti delle prime sono analoghi o migliori di quelli delle seconde.

Tabella 2 - Confronto tra gli esiti delle donne ricoverate nella coorte ItOSS e le donne in età riproduttiva (15-49 anni) SARS-CoV-2 positive, ricoverate in Italia dal 25 febbraio 2020 al 30 aprile 2021

Esiti	Coorte ItOSS (N=3.205)	Donne di età 15-49 anni SARS-CoV-2 positive (N=25.535)[17]
	%	%
Intubazione orotracheale	1,0	0,7
Terapia intensiva	2,2	5,6
Morte materna	0,03	1,3

Nonostante la prevalenza di donne con polmonite grave che richiedono supporto ventilatorio e/o ricovero in terapia intensiva sia risultata complessivamente contenuta (3,3%), confrontando il primo trimestre dello studio (febbraio-maggio 2020) con gli ultimi 5 mesi (febbraio-giugno 2021), in caso di polmonite è stato rilevato un aumento di tre volte del supporto ventilatorio e/o ricovero in terapia intensiva (*odds ratio* aggiustato per età, cittadinanza, precedenti comorbosità e obesità pari a 3,04; IC 95%: 1,72-5,37) (Tabella 3). Ad oggi si ritiene che questo aumento sia attribuibile alla circolazione del ceppo inglese del virus (variante Alfa), aumentata rispetto al primo trimestre dello studio e associata, verosimilmente, a una maggiore morbosità materna.

Tabella 3 - Supporto ventilatorio e ricovero in terapia intensiva tra le donne con diagnosi di polmonite dal 25 febbraio 2020 al 30 giugno 2021 (N=424)

Supporto respiratorio/terapia intensiva	25.02-31.05.2020 (n=148)		01.06.2020-31.01.2021 (n=151)		01.02-30.06.2021 (n=125)	
	n	%	n	%	n	%
Ventilazione meccanica non invasiva	29	19,6	24	15,9	47	37,6
Intubazione orotracheale	6	4,1	8	5,3	21	16,8
ECMO	2	1,4	1	0,7	4	3,2
Terapia intensiva	18	12,2	17	11,3	40	32,0

ECMO: extracorporeal membrane oxygenation

Tra le 2.856 donne positive al SARS-CoV-2 che hanno partorito, il tasso di cesarei (34,1%) non ha subito un incremento significativo rispetto al dato nazionale del 2019 (31,8%)[38]. La proporzione di parti pretermine (10,9%) è aumentata rispetto alla media nazionale (6,7%)[38] ma, escludendo quelli con indicazione iatrogena pari al 27,2% del totale, il tasso di parti pretermine spontanei è risultato pari al 7,9%.

Dei 2.888 nati vivi presi in esame, l'11,6% è stato ricoverato in terapia intensiva, senza differenze significative tra prima e seconda ondata. Gli esiti dei nati pretermine sono stati buoni e i nati morti e le morti neonatali non sono risultati aumentati rispetto agli anni precedenti (Tabella 4).

4. Livello di circolazione virale nella comunità di riferimento

Nella valutazione rischi/benefici è opportuno prendere in esame il rischio individuale di contrarre l'infezione anche in funzione della diffusione del virus nella comunità di riferimento e del rischio di esposizione della donna. In questo senso, gli elementi determinanti nel decidere se vaccinarsi o meno in gravidanza includono la presenza di condizioni che possano aumentare il rischio di esposizione al virus (ad esempio lavorare fuori casa e/o in contesti in cui il rischio è più elevato, utilizzare i mezzi pubblici, vivere con persone ad alto rischio di esposizione), il livello di circolazione del virus a seguito della campagna vaccinale e l'emergenza di nuovi ceppi virali ad aumentata trasmissibilità e/o virulenza.

In Italia, dopo una riduzione della circolazione del virus registrata a partire dal mese di giugno 2021, dall'inizio di luglio il livello di attività della pandemia è in costante crescita a causa della diffusione della variante Delta[39]. Lo studio ItOSS si è concluso il 30 giugno 2021, per cui non disponiamo di dati nazionali relativi all'impatto della variante Delta sulle donne in gravidanza. Tuttavia, come riportato in tabella 3, rispetto al periodo caratterizzato dal ceppo originale del virus SARS-CoV-2 (25.02-31.05.2020), i dati presentati nel precedente paragrafo hanno evidenziato un aumento di oltre 3 volte (OR grezzo pari a3,04, IC 95% 1,72-5,37) l'occorrenza di supporto ventilatorio e/o ricovero in terapia intensiva tra le donne con polmonite da COVID-19 ricoverate durante il periodo caratterizzato dalla predominanza della variante Alfa (01.02-30.06.2021). In Italia, in tale periodo, le donne con polmonite sono state il 16,5% della coorte ItOSS (n=125) e il numero assoluto di donne ricoverate in terapia intensiva e/o con necessità di supporto ventilatorio è stato contenuto (n=52) e inferiore rispetto a quanto osservato nel Regno Unito[40].

Le varianti Alfa e Delta del virus SARS-CoV-2 nel Regno Unito sono risultate associate a peggiori esiti materni e perinatali[40,41]. La recente analisi dei dati nazionali raccolti nel Regno Unito da UKOSS,[40] con la stessa metodologia prospettica e *population-based* adottata da ItOSS, ha preso in esame le donne in gravidanza con test positivo entro 7 giorni dal ricovero ospedaliero arruolate dal 1 marzo 2020 all'11 luglio 2021, con l'obiettivo di confrontare la gravità dell'infezione e degli esiti materni e perinatali durante tre periodi, caratterizzati rispettivamente dalla predominanza del ceppo originale del virus SARS-CoV-2 e delle successive varianti Alfa e Delta. Le analisi hanno incluso 3.371 donne per le quali la proporzione di infezioni moderate o gravi è risultata significativamente aumentata, passando dall'iniziale 25% nel periodo caratterizzato dalla circolazione del ceppo originale del virus al 35,8% durante il periodo in cui circolava prevalentemente la variante Alfa, fino al 45% nel periodo a predominanza della variante Delta. Durante i periodi Alfa e Delta, rispetto al periodo in cui circolava la variante originale, le donne prese in esame hanno sviluppato in maniera significativamente più frequente una polmonite da COVID-19, hanno avuto più spesso necessità di supporto ventilatorio e sono state ricoverate più frequentemente in terapia intensiva; si è inoltre registrato un incremento dei nati pretermine e dei ricoveri in terapia intensiva neonatale.[40]

Stima del "Number Needed to Vaccinate"

In una situazione di necessità, e ancora più in un contesto pandemico, il Number Needed to Vaccinate (NNV)[42] è uno degli strumenti che può rendere più semplice ai decisori stabilire se attivare o modificare un intervento di salute pubblica, come la vaccinazione anti-COVID-19 per le donne in gravidanza. Il suo calcolo ci permette di stimare il numero di donne in gravidanza da vaccinare per risparmiare a una di loro il ricovero in gravidanza o il ricovero in terapia intensiva e/o la necessità di supporto ventilatorio invasivo.

I limiti del NNV in contesti preventivi, come quello in cui ci troviamo, sono molteplici[42] e una valutazione costo/efficacia in grado di fornire indicazioni sulla proporzione di casi di ricovero ospedaliero e di ricoveri in terapia intensiva e/o assistenza ventilatoria invasiva evitati nel caso si promuova la vaccinazione in gravidanza, deve essere utilizzata con cautela.

A causa della conclusione della raccolta dati del progetto ItOSS il 30 giugno 2021, in Italia non conosciamo l'impatto della variante Delta in gravidanza.

Le recenti analisi dei dati inglesi, aggiornate all'11 luglio 2021, hanno evidenziato una maggiore morbosità materna e perinatale associata anche alla circolazione della variante Delta, attiva oltremanica dalla metà di maggio 2021.[40]

A causa della mancata inclusione delle donne in gravidanza nei trial clinici di valutazione dei vaccini contro la COVID-19, non disponiamo di evidenze conclusive circa il loro profilo di sicurezza, tuttavia, il numero di donne vaccinate in gravidanza a livello globale ha superato le centinaia di migliaia e non sono stati segnalati eventi avversi in eccesso rispetto alla popolazione non in gravidanza[4-10,18-20].

Alla luce delle nuove evidenze disponibili circa la maggiore gravità dell'infezione da variante Delta in gravidanza, della sua crescente circolazione nel Regno Unito e del crescente numero di donne vaccinate senza segnalazione di eventi avversi gravi, il 22 luglio 2021 l'ufficio stampa del *Public Health Office*[45] inglese ha rilasciato un comunicato in cui le principali autorità sanitarie del Paese e il Presidente del *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* incoraggiano tutte le donne in gravidanza a vaccinarsi[46]. In seguito alla pubblicazione di questo documento, che raccomanda esplicitamente la vaccinazione in gravidanza, il 23 luglio anche il Governo australiano[47] ha raccomandato il vaccino Pfizer a tutte le donne in gravidanza, adducendo lo stesso razionale delle autorità del Regno Unito. Ad oggi, indicazioni analoghe sono state promosse da altri Governi, Agenzie e società scientifiche a livello internazionale [48-57].

Riferimenti bibliografici

1. Collier AY, McMahan K, Yu J, Tostanoski LH, et al. Immunogenicity of COVID-19 mRNA Vaccines in Pregnant and Lactating Women. JAMA. 2021 Jun 15;325(23):2370-2380. doi: 10.1001/jama.2021.7563. PMID: 33983379; PMCID: PMC8120446.
2. Stafford IA, et al. The coronavirus disease 2019 vaccine in pregnancy: risks, benefits, and recommendations. Am J Obstet Gynecol. 2021 May;224(5):484-95 [
3. Gray KJ, et al. Coronavirus disease 2019 vaccine response in pregnant and lactating women: a cohort study. Am J Obstet Gynecol 2021 Mar 26:S0002-9378(21)00187-3 St George's Vaccine Institute : Preg-Cov-trial. 2021
4. ClinicalTrials.gov. Study to Evaluate the Safety, Tolerability, and Immunogenicity of SARS CoV-2 RNA Vaccine Candidate (BNT162b2) Against COVID-19 in Healthy Pregnant Women 18 Years of Age and Older. 2021;
5. ClinicalTrials.gov. A Study of Ad26.COV2.S in Healthy Pregnant Participants (COVID-19) (HORIZON 1). 2021;
6. Rasmussen SA, Jamieson DJ. Pregnancy, Postpartum Care, and COVID-19 Vaccination in 2021. JAMA. 2021;325(11):1099–1100. doi:10.1001/jama.2021.1683
7. Garg, I.; Shekhar, R.; Sheikh, A.B.; Pal, S. COVID-19 Vaccine in Pregnant and Lactating Women: A Review of Existing Evidence and Practice Guidelines. Infect. Dis. Rep. 2021, 13, 685-699. https://doi.org/10.3390/idr13030064
8. Stafford IA, Parchem JG, Sibai BM. The coronavirus disease 2019 vaccine in pregnancy: risks, benefits, and recommendations. Am J Obstet Gynecol. 2021 May;224(5):484-495. doi: 10.1016/j.ajog.2021.01.022. Epub 2021 Jan 30. PMID: 33529575; PMCID: PMC7847190.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. COVID-19 vaccines, pregnancy and breastfeeding. Version 14: Published Wednesday 25 August. Disponibile all'indirizzo: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-08-25-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy-v14.pdf / (ultimo accesso 30 agosto 2021)
10. Theiler RN, Wick M, Mehta R, Weaver AL, Virk A, Swift M. Pregnancy and birth outcomes after SARS-CoV-2 vaccination in pregnancy [published online ahead of print, 2021 Aug 20]. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021;100467. doi:10.1016/j.ajogmf.2021.100467
11. Goldshtein I, Nevo D, Steinberg DM, Rotem RS, Gorfine M, Chodick G, Segal Y. Association Between BNT162b2 Vaccination and Incidence of SARS-CoV-2 Infection in Pregnant Women. JAMA. 2021 Aug 24;326(8):728-735. doi: 10.1001/jama.2021.11035. PMID: 34251417; PMCID: PMC8276131
12. Pratama N.R, Wafa I.A, Budi D.S et al Covid-19 Vaccination in 1 Pregnancy: A Systematic Review 6 July 2021 MedRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2021.07.04.21259985
13. Pham A, Aronoff DM, Thompson JL, Maternal COVID-19 disease, vaccination safety in pregnancy, and evidence of protective immunity, Journal of Allergy and Clinical Immunology (2021), doi: https://doi.org/10.1016/j.jaci.2021.07.013
14. T. Wainstock, I. Yoles, R. Sergienko et al., Prenatal maternal COVID-19 vaccination and pregnancy outcomes, Vaccine, https://doi. org/10.1016/j.vaccine.2021.09.012
15. Flannery DD, et al. Assessment of maternal and neonatal cord blood SARS-CoV-2 antibodies and placental transfer ratios. JAMA Pediatr 2021;175:594-600
16. Juncker HG, Romijn M, Loth VN, Ruhé EJM, Bakker S, Kleinendorst S, et al. Antibodies Against SARS-CoV-2 in Human Milk: Milk Conversion Rates in the Netherlands. J Hum Lact 2021 [epub ahead of print].
17. Perl SH, Uzan-Yulzari A, Klainer H, et al. SARS-CoV-2–Specific Antibodies in Breast Milk After COVID-19 Vaccination of Breastfeeding Women. 2021;325(19):2013–2014. doi:10.1001/jama.2021.5782
18. CDC V-safe COVID-19 Vaccine Pregnancy Registry Updated Aug. 25, 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/safety/vsafepregnancyregistry.html

36. Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020;370:m3320. Published 2020 Sep 1. doi: 10.1136/bmj.m3320
37. Riccardo F, Ajelli M, Andrianou XD, et al. Epidemiological characteristics of COVID-19 cases and estimates of the reproductive numbers 1 month into the epidemic, Italy, 28 January to 31 March 2020. Euro Surveill. 2020;25(49):2000790. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.49.2000790
38. Ministero della Salute-Direzione Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della Statistica – Ufficio di Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3076_allegato.pdf (ultimo accesso 20 luglio 2021)
39. Prevalenza e distribuzione delle varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica in Italia Rapporto n. 5 del 23 luglio 2021 (dati aggiornati al 19 luglio 2021) Disponibile al link https://www.iss.it/documents/20126/0/versione+h++17+BOLLETTINO+VARIANTI+n.5+23+luglio.pdf/e3a41bf9-0913-a01b-6b5d-5b55c249e0d7?t=1627050956399 (ultimo accesso 29.07.2021)
40. Vousden N, Ramakrishnan R, Bunch K, et al. Impact of SARS-CoV-2 variant on the severity of maternal infection and perinatal outcomes: Data from the UK Obstetric Surveillance System national cohort. Preprint. medRxiv. 2021;2021.07.22.21261000. Published 2021 Jul 22. doi:https://doi.org/10.1101/2021.07.22.21261000
41. Kadiwar S, Smith JJ, Ledot S, et al. Were pregnant women more affected by COVID-19 in the second wave of the pandemic?. Lancet. 2021;397(10284):1539-1540. doi:10.1016/S0140-6736(21)00716-9
42. Hashima A,DAng V, Bolotin S, Crowcrof NS How and why researchers use the number needed to vaccinate to inform decision making—A systematic review. Vaccine 33 (6), 2015, 753-758
43. Istituto Superiore di Sanità. Comunicato Stampa N°36/2021 - Covid-19: il vaccino protegge da infezioni, ricoveri e decessi fino al 100% ISS, 9 luglio 2021 Disponibile al link: https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/3f4alMwzN1Z7/content/cs-n%25C2%25B036-2021-covid-19-il-vaccino-protegge-da-infezioni-ricoveri-e-decessi-fino-al-100%2525 Ultimo accesso 29.07.2021
44. Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study BMJ 2020; 369 :m2107 doi:10.1136/bmj.m2107
45. National Immunisation Advisory Committee RECOMMENDATIONS COVID-19 VACCINATION IN PREGNANCY - NIAC | 26.04.2021 Disponibile al link: https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2021/04/NIAC-Recommendations-re-vaccination-in-pregnancy-26.04.2021.pdf (ultimo accesso 29 luglio 2021)
46. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Coronavirus (COVID-19) Vaccination in Pregnancy Information for healthcare professionals. Version 1.0: Published 30 June 2021 Disponibile al link: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2021-06-30-coronavirus-covid-19-vaccination-in-pregnancy.pdf (ultimo accesso 29 luglio 2021)
47. Australian Government. Covid-19 vaccination shared decision-making guide for women who are pregnant breastfeeding or planning pregnancy. Disponibile all'indirizzo: https://www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy (ultimo accesso 23 luglio 2021)
48. HSE National Immunisation Office. Clinical Guidance for COVID-19 Vaccination (Version 19.1 23/07/2021) Disponibile al link: https://www.hse.ie/eng/health/immunisation/hcpinfo/covid19vaccineinfo4hps/clinicalguidance.pdf (ultimo accesso 29.07.2021)

Data ed ora messaggio: 03/11/2021 09:35:29
Oggetto: Webinar Gratuito "Introduzione Alle Estensioni Di Google Per L'inclusione"
Da: "Aretè Formazione" <infocorsi@aretegroup.it>
A: RMPS05000E@istruzione.it

Egregio Dirigente Scolastico,

la presente per informarLa che **Aretè Formazione Srl** (Organismo accreditato MIUR per la formazione del personale docente ai sensi della Direttiva Ministeriale 170/2016), organizza il webinar gratuito **"Introduzione alle Estensioni di Google per l'inclusione"** rivolto a **docenti di scuola Primaria**, **Secondaria di I e II grado**, sia di ruolo che non di ruolo.

Per maggiori informazioni è possibile cliccare qui.
(in alternativa è possibile inserire **accorcia.to/1vqo** nella barra degli indirizzi di una pagina di navigazione Internet).

Durante le prime fasi del webinar, che si terrà **venerdì 05 novembre alle ore 16.00**, si inizierà con uno **scenario di apprendimento orientato alla didattica inclusiva**, all'interno del quale si sperimenterà, unitamente a tutti i partecipanti, l'**attivazione di 3 estensioni utili a facilitare il processo di apprendimento** di un allievo con disturbo. Si proseguirà con la **somministrazione di un quiz realizzato con Google Moduli**, utilizzando l'**estensione Mote**. Si concluderà con un'attività progettata attraverso l'**estensione Read&Write**, in **modalità interattiva**, coinvolgendo tutti i partecipanti.

Per coloro che prenderanno parte alla sessione in diretta, è previsto il rilascio dell'**Attestato di partecipazione all'evento**.

Per iscriversi è possibile cliccare qui.
(In alternativa è possibile inserire **accorcia.to/1vqo** nella barra degli indirizzi di una pagina di navigazione Internet).

I webinar gratuiti organizzati da Aretè Formazione sono fruibili previa **registrazione gratuita** da parte di ciascun docente interessato. Per registrarsi alla piattaforma e-learning www.aretepiattaforma.it basterà cliccare in alto a destra su "**Crea account**" e compilare tutti i campi (se docente non di ruolo basterà scegliere l'opzione "docente/ altra tipologia"). Dopo aver effettuato l'inserimento dei dati si riceverà una mail di conferma (se non viene visualizzata nella posta di arrivo si controlli nella SPAM o nella posta indesiderata della propria casella di posta), si dovrà cliccare sul link di attivazione presente nel corpo della mail per concludere la procedura di registrazione alla piattaforma.

Si consiglia di affrettarsi ad iscriversi perché il numero dei posti (per partecipare alla diretta del webinar gratuito) è limitato.