

A quanto detto si aggiunge il fatto che, sempre più frequentemente, è la propria paziente a richiedere il taglio cesareo (cesareo su richiesta). Tale richiesta è dovuta, probabilmente, alla convinzione molto diffusa che il taglio cesareo sia una pratica ugualmente sicura tanto per la madre quanto per il feto rispetto al parto vaginale. Se si pratica un taglio cesareo su richiesta, teoricamente tutti i rischi sono a carico della donna e del feto; in caso contrario, tutti i rischi sono a carico del medico (allerta, conseguenze medico-legali). Comunque, il tasso di mortalità materna generale (tutti i tipi di taglio cesareo) è all'incirca sei volte maggiore rispetto al parto vaginale. Queste differenze sono sufficientemente importanti affinché, in assenza di altre prove, sembri inopportuno e chissà, forse anche imprudente, discutere su quale sia il modo di partorire più sicuro. In questo senso, per alcune donne e alcuni medici il ricorso crescente al taglio cesareo acquisisce legittimità se si considera l'autonomia materna che mira ad una maggiore comodità, ad evitare il dolore e il danno alla struttura pelvica, e sempre con l'obiettivo di proteggere il feto, a fronte di possibili costi aggiuntivi per il parto chirurgico.

Qualsiasi decisione che aumenti la chirurgia maggiore, nonostante il tasso di mortalità associato sopra indicato, deve essere attentamente valutata da tutti gli attori coinvolti. Una donna che acconsenta ad un qualsiasi trattamento medico deve ricevere informazioni complete ed imparziali circa le possibilità di risultati positivi (efficacia) o negativi (rischi) del procedimento scelto. Comunque, i medici non dispongono sempre di informazioni adeguate sia per mancanza di letteratura di riferimento sia per discrepanze.

Ad ogni modo, i fattori paramedici sono probabilmente i più importanti per giustificare l'incremento del numero di quei tagli cesarei che aumenterebbero in modo ingiustificabile il rischio di invertire negativamente il quoziente vantaggio-rischio per la madre e per il feto. Nella sua terza riflessione, la Commissione di Bioetica della SEGO dichiara: "Riteniamo necessarie e imprescindibili tutte quelle attività che favoriscono, promuovono e convincono per credibilità i seguenti concetti fondamentali che, in modo più o meno sottile, si mettono in discussione: 1) Il parto è un processo naturale che nella maggior parte dei casi si svolge spontaneamente e naturalmente, soprattutto se in presenza di condizioni socio-igieniche adeguate. 2) La corretta assistenza durante la gravidanza e al momento del ricovero per il parto, con riferimento ad una maternità adeguatamente seguita e supportata da personale specializzato in servizio stabile, offre innegabili vantaggi per un'ottima protezione della madre e del feto. 3) Al giorno d'oggi, il taglio cesareo con una indicazione corretta è stato un fattore di primo piano nella protezione della salute della madre e del feto. 4) La mentalità tecnica prevalente tende a sopravvalutare i vantaggi del parto cesareo rispetto a un parto spontaneo per la rapidità e la comodità e a sottovalutare gli inconvenienti per la madre ed il feto." Per cui, riassumendo, si potrebbe dire che si praticano più tagli cesarei di quelli consigliati da un punto di vista medico e che si dovrà fare una analisi coscienziosa delle eventuali cause di questo fatto, nonché proporre soluzioni pertinenti al fine di minimizzare il forte impatto negativo che può aversi sulla salute (attuale e futura) delle nostre madri. **Y**

Strategie di prevenzione dell'infezione da HPV a livello nazionale e regionale

Vaccinazione anti Hpv: a che punto siamo

Carlo Maria Stigliano
Direttore Ginecologia preventiva e dei consultori familiari
Asl di Castrovillari (Cs)

A dicembre 2007 l'Intesa tra il Ministero della Salute e le Regioni ha definito l'offerta attiva della vaccinazione contro il papilloma virus umano (Hpv), identificando come target prioritario le dodicenni (coorte di nascita del 1997 per il 2008), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La scelta delle dodicenni, oltre a garantire la massima efficacia vaccinale, permette di rivolgersi a ragazze che frequentano la scuola dell'obbligo, di sfruttare le occasioni di contatto con le strutture vaccinali dedicate agli adolescenti, già target di altri interventi vaccinali, e di facilitare la comunicazione con le famiglie, che si rivela importante specialmente per programmi connessi alle malattie a trasmissione sessuale. L'Intesa Stato-Regioni del 2007 aveva fissato come obiettivo del programma di vaccinazione una copertura pari al 95% entro il 2013 con tre dosi di vaccino.

In Italia, ad oggi, è prevista

quindi per le dodicenni un'offerta attiva e gratuita, per le tredicenni il recupero gratuito non attivo (in quasi tutte le Regioni); per le ragazze tra i 14 e i 26 anni di età, che vengono considerate come target secondari, è previsto il recupero ("vaccinazione di catch up") con copayment (pagamento con tariffa agevolata).

Per quanto riguarda altre fasce d'età, possibili target della vaccinazione anti-Hpv, nel gruppo d'età 14-26 anni, le donne naïve rispetto all'infezione da Hpv, riceveranno pieni benefici dalla vaccinazione mentre ci si pone il problema per le giovani sessualmente attive che potrebbero essere state esposte all'infezione da Hpv.

Relativamente alla prevalenza dell'infezione da Hpv in relazione alle diverse fasce di età della popolazione un noto studio di Ronco ha confermato i dati internazionali: la prevalenza è risultata più elevata, infatti, per le donne di età compresa tra 25-39 anni (13-14%) con andamento decrescente all'aumentare dell'età (pari a 11.5% per le donne di età compresa tra 40-44 anni e 5% per le donne di età >45 anni).

Per questa ragione il piano della vaccinazione vede come target annuale primario la fascia costituita da circa 280.000 undicenni che dovrebbero ricevere le 3 dosi di vaccino anti-Hpv. Tale età è stata ritenuta ottimale per l'alta sieroconversione in età compresa tra i 9 e i 13 anni, ma anche per la minore possibilità che le bambine abbiano già avuto i primi rapporti sessuali, momento in cui è più alta la possibilità di presentare un'infezione da Hpv.

Anche tra coloro che hanno già avuto rapporti sessuali non è comunque elevata la possibilità di avere al momento della vaccinazione un'infezione da parte di tutti i ceppi vaccinali. Il beneficio che si può ricavare dalla vaccinazione rimane quindi elevato. Anche coloro che hanno già avuto

un'infezione da tipi di Hpv uguali a quelli contenuti nel vaccino e già risolta al momento della vaccinazione possono comunque avere un beneficio dalla vaccinazione stessa.

Dal 5 al 15% delle donne sessualmente attive sopra i 25 anni possono acquisire un'infezione da Hpv oncogeni ogni anno e circa 1 o 2% di queste infezioni saranno da Hpv 16 e/o 18. Si è anche riscontrato che nelle donne sopra i 25 anni le infezioni da Hpv possono più facilmente divenire persistenti e più facilmente portare ad alterazioni cer-



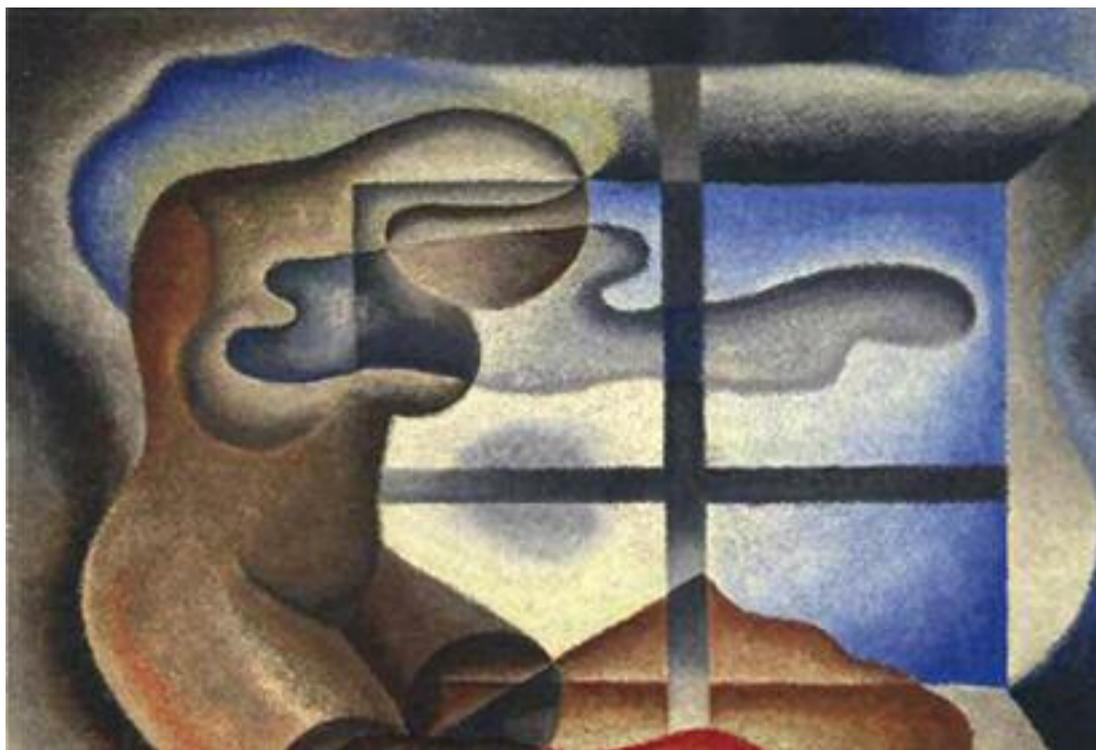
vicali quali CIN3.

Sebbene non sia indicata una vaccinazione di massa in donne più avanti con l'età, essendo il rapporto costo-beneficio sempre meno favorevole andando avanti con l'età, tuttavia anche donne di età superiore ai 25 anni possono beneficiare del vaccino e sembra corretto che abbiano l'opportunità di scegliere se vaccinarsi, sulla base di scelte individuali.

Bisogna inoltre ricordare che le donne trattate per lesioni genitali Hpv-correlate hanno maggiore probabilità di altre donne di avere recidive o nuove alterazioni legate allo stesso o ad altri Hpv. Il vaccino non si è dimostrato efficace nel trattare le infezioni o le lesioni presenti al momento della vaccinazione ma ha dimostrato un beneficio nel ridurre il rischio di recidive o nuove alterazioni. Tutte le donne che ricevono trattamenti conservativi per patologie

Hpv correlate dovrebbero essere informate del





possibile beneficio che possono trarre dalla vaccinazione. Considerato inoltre che spesso si è in presenza di infezioni multiple nella sede della lesione, la vaccinazione riduce grandemente il rischio di sovrapposizione da parte di ceppi virali ad alto rischio maggiormente responsabili della cancerizzazione quali i tipi 16 e 18.

Il vaccino si è dimostrato efficace nella prevenzione di CIN e lesioni genitali esterne anche in donne che presentavano una sieropositività ad uno o più dei genotipi di Hpv vaccinali, ma che risultava aver eliminato l'infezione al momento della vaccinazione.

L'impossibilità di stabilire il livello minimo anticorpale ancora efficace per la protezione dall'infezione dagli Hpv contenuti nel vaccino rende conto della necessità di ottenere e mantenere nel tempo un titolo anticorpale elevato per entrambi i tipi di Papillomavirus ad alto rischio presenti nel vaccino; solo qualora l'eventuale diminuzione di tale titolo, rilevato nei controlli in atto sui soggetti già vaccinati e che a distanza di un decennio circa non ha ancora manifestato tale calo, potrebbe rendere eventualmente necessaria una dose di richiamo.

La vaccinazione dei maschi ha dimostrato di essere efficace nella prevenzione dei condilomi, che non essendo considerata una patologia tumorale non ha costituito al momento (anche per ragioni di costi) un'indicazione all'attivazione di uno specifico programma di vaccinazione di popolazione. Sicuramente, però, la copertura vaccinale dei maschi potrebbe costituire un elemento di protezione ulteriore anche per la popolazione femminile, riducendo la circolazione del virus tra i soggetti sessualmente attivi.

Al 31 dicembre scorso, in Italia la copertura per 3 dosi di vaccino del 70% è stata raggiunta per la coorte di nascita 1997 da 12 Regioni, per la coorte di nascita 1998 da 10 Regioni e per la coorte di nascita 1999 da 8 Re-

gioni (Dati del reparto Epidemiologia delle malattie infettive, Cnesps, Iss).

Occorre prendere atto che dopo oltre 4 anni dall'avvio del programma di vaccinazione contro l'Hpv, le coperture vaccinali non mostrano l'incremento atteso: è quanto emerge dai dati di copertura per la vaccinazione anti-Hpv, aggiornati al 31 dicembre 2012.

I dati dell'ISS rilevano infatti al 31/12/2012 un range molto ampio di coperture vaccinali nelle varie regioni e nell'ambito delle varie coorti con 3 dosi di vaccino: 25,2-84,1% per la coorte 1997 (nazionale: 68,5%), 24,8-84,5% per la coorte 1998 (nazionale: 67,8) e 23,6-80,7% (nazionale: 66,3) per la coorte 1999, 23,9-77,2 (nazionale: 55,0%) per la coorte del 2000; tali coperture realisticamente sono ben lontane dal 95% ipotizzato dall'accordo Stato-Regioni del 2007 per l'anno in corso. Il dato sembrerebbe migliorare per le coorti 2000 e 2001, pur disponendo al momento di dati parziali.

Va inoltre osservato che questa variabilità di copertura vaccinale tra le regioni vale per tutte le coorti: ciò costituisce un serio problema per la mancata uniformità dei dati della vaccinazione e quindi per un non corretto meccanismo dell'offerta vaccinale, intesa come strumento di equità sociale, trattandosi di interventi di prevenzione che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Per tutte queste ragioni il Piano nazionale di prevenzione vaccinale (Pnpv) 2012-2014 ha fissato come obiettivo del programma di immunizzazione per l'Hpv il raggiungimento nelle dodicenni di una copertura per 3 dosi di Hpv $\geq 70\%$ a partire dalla coorte del 2001, $\geq 80\%$ dalla coorte del 2002 e $\geq 95\%$ dalla coorte del 2003).

Per meglio valutare i dati relativi alla vaccinazione anti-Hpv è interessante chiedersi quale sia stato l'atteggiamento dei medici e specificamente dei ginecologi di fronte ad un tipo di vac-

cinazione particolare come quella contro un'infezione ed una malattia che riguarda la sessualità in bambine dodicenni; importante è anche valutare l'impatto che la campagna vaccinale ha avuto sulle famiglie e sulle stesse vaccinande.

Per quanto riguarda il ruolo dei ginecologi, esso è stato sostanzialmente considerato dalle Istituzioni sanitarie relativamente importante, in considerazione dell'età delle ragazze da vaccinare e della necessità di un approccio coordinato con le altre vaccinazioni, nell'ambito dei Piani Vaccinali; tuttavia riteniamo che ciò sia stato un elemento penalizzante per la riuscita della campagna vaccinale tenendo conto del ruolo delle madri (e quindi del rapporto con lo specialista ginecologo di riferimento) nella facilitazione e nella promozione della scelta vaccinale. Per quanto attiene agli altri medici, in particolare i Mmg ed i Pediatri, inevitabilmente – salvo casi encomiabili – in generale essi sono rimasti piuttosto tiepidi in rapporto ad un tipo di vaccinazione che preveniva una pur grave (futura) malattia sessualmente trasmessa che richiedeva tuttavia una vaccinazione in età preadolescenziale.

La consistente presenza di pregiudizi nei confronti delle vaccinazioni in generale e la sensazione che "questa" vaccinazione non sia realmente indispensabile ha purtroppo influito negativamente sulla copertura vaccinale anti-Hpv: è dunque auspicabile che le Istituzioni, sia a livello nazionale che regionale, riprendano l'informazione sia ai medici sia alle famiglie con maggiore convinzione ed impegno (non basta una lettera...!) e soprattutto che si avvalgano in modo concreto dell'apporto dei ginecologi – i medici delle donne – in particolare attraverso le società scientifiche che li rappresentano e che sono le uniche a poter garantire la corralità e l'omogeneità dell'impegno della categoria. **Y**

Uroginecologia

La terapia del prolasso genitale tra outcomes anatomici e qualità di vita

Mauro Cervigni

Dip. Tutela e Salute della donna - Università Cattolica, Roma

Il Prolasso degli Organi Pelvici (POP) colpisce circa il 30-50% delle donne pluripare nei paesi occidentali. Soltanto una minoranza (10-15%) riferisce i sintomi tipici: la sensazione di un corpo estraneo in vagina o un rigonfiamento vaginale (Sliker-ten H.M.C. 2009). Il POP non è mai una condizione clinica che mette a repentaglio la vita, pur tuttavia impatta negativamente sulla qualità della vita della donna che ne è affetta. L'introduzione delle reti nella correzione del POP risale al-



La ricerca di nuovi materiali più biocompatibili e a minor impatto tissutale e di nuove vie chirurgiche sempre più mininvasive cambierà lo scenario delle prossime generazioni dei chirurghi ricostruttivi pelvici

la metà degli anni '90 sulla scia dell'enorme interesse suscitato dalla cura della Incontinenza Urinaria da Sforzo (IUS) mediante l'uso di materiali sintetici (Prolene) introdotti per via trans vaginale. Una recente comunicazione della Food and Drug Administration (FDA) americana, (www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertandNotices/umc262435.htm) del luglio 2011 ha gettato un notevole sconcerto nella comunità

scientifica internazionale sui pericoli di un uso poco attento e quindi delle complicanze delle reti impiantate per via vaginale e sui criteri di inclusione talvolta non perfettamente consoni alle reali condizioni tissutali della paziente. Tutto questo ha inevitabilmente modificato l'approccio fino ad allora effettuato mediante l'uso delle reti nella chirurgia ricostruttiva pelvica e rivalutato tecniche fino ad allora in parte desuete. Attualmente varie sono le modalità terapeutiche, dalle terapie conservative fino alle terapie complesse tri-compartimentali nei casi di alti gradi di POP o nelle recidive.

Fisioreabilitazione Pavimento Pelvico (FPP). C'è scarsa evidenza in letteratura sugli effetti positivi della FPP nell'alleviare i sintomi e nel ridurre la componente anatomica del POP a breve e a lungo termine (Hagen S. 2011).

Trattamento del Comparto Medio/Apicale. Il POP di grado elevato o il prolasso della volta vaginale secondario ad isterectomia sono i casi più complessi e devono essere trattati primariamente mediante il ripristino del I° Livello di DeLancey, cioè ripristinando il supporto della cupola vaginale e/o della cervice al complesso leg. Cardinali/Uterosacrali. Questo può essere attuato mediante la ColpoSacropessi Addominale (CSA) considerata da tempo il gold standard chirurgico, con tassi di guarigione tra il 78 e il 100% (Nygaard I.E. 2009), con un tasso di erosione fino al 12%, ma con una media del 4% (Ja X. 2010). Vi è un Livello di Evidenza I per cui la CSA è più efficace e durevole nel correggere il descensus anteriore e centrale rispetto all'approccio vaginale mediante la sospensione al legamento Sacrospinoso (Maher C.F. 2004) o all'uterosacrale (Rondini C. 2011), con una maggiore efficacia nel ripristino della funzionalità urinaria e dell'abitabilità vaginale. Ma tutto questo è associato ad una maggiore morbilità e ad un costo più elevato. Per tali ragioni la via vaginale ha avuto da sempre grande popolarità nella comunità ginecologica e tra i pazienti (Ja X. 2010).

L'Isterectomia vaginale con plicatura o meno dei legamenti utero-sacrali associato ad una colporrafia anteriore e posteriore nei casi di POP elevato è ancora l'intervento di scelta nella maggioranza dei Reparti Ginecologici a livello mondiale. Sfortunatamente però i risultati sono molto deludenti: 0 – 60% di recidive a medio/lungo termine (Brubaker L. 2009). Dopo l'esperienza acquisita nella chi-