

01

CONTIBUTI

I risultati dello studio ItOSS sulle donne con infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza, parto e puerperio



FIGURA 1
Andamento temporale della proporzione di casi asintomatici e di polmoniti da Sars-Cov-2
25 febbraio 10 luglio 2020

— Polmonite
— Asintomatiche

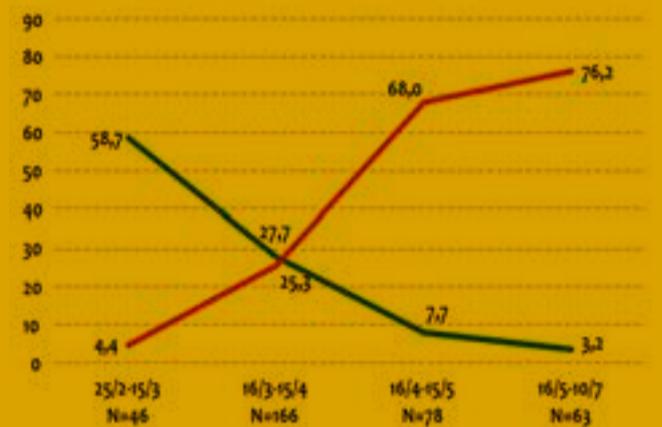


FIGURA 2 Tasso di infezioni da Sars-Cov-2 in donne che hanno partorito tra il 25 febbraio 10 luglio 2020 (N=354)



In occasione della pandemia da nuovo Coronavirus, l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOss), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (Iss), ha avviato uno studio nazionale, prospettico population-based per raccogliere informazioni su tutte le donne con diagnosi certa di infezione da Sars-CoV-2 in gravidanza, al parto e in puerperio giunte all'osservazione dei presidi sanitari.

SERENA DONATI

Direttore Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

MICHELE ANTONIO SALVATORE¹, EDOARDO CORSI² e ALICE MARASCHINI¹

¹Centro nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ²Dipartimento di biomedicina e prevenzione, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

LA RAPIDITÀ DELL'AVVIO della raccolta dati da parte di tutti i punti nascita del Paese è stata possibile grazie alla solida rete di Regioni e referenti di struttura che, dal 2013, partecipano alle attività di sorveglianza e ricerca sulla mortalità e grave morbosità materna coordinate da ItOss. La disponibilità delle Regioni ad aderire al progetto e dei clinici a segnalare i casi incidenti, anche durante le drammatiche fasi iniziali dell'emergenza, è stata encomiabile.

Il progetto, autorizzato dal Comitato Etico Iss, coinvolge tutti i punti nascita del Paese in cui vengono assistite le donne in gravidanza, al parto e in

puerperio con infezione confermata tramite un tampone molecolare. L'avvio tempestivo delle procedure operative, la condivisione di metodi comuni, la completezza e coerenza dei dati raccolti testimoniano la robustezza e la capacità operativa della rete ItOss, anche in caso di emergenza sanitaria.

Dal 25 febbraio, data del primo caso ostetrico segnalato in Italia, al 10 luglio 2020 i circa 400 referenti attivi nei punti nascita hanno segnalato 576 casi. Per ogni caso sono disponibili le informazioni socio-demografiche della donna, la descrizione dell'intero percorso clinico e terapeutico, l'assistenza al parto e le informazioni relative agli esiti materni e neonatali. Le donne eleggibili sono state arruolate previa acquisizione di consenso informato e le analisi statistiche sono state eseguite nel Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'Iss. Nella PA di Trento e nelle Regioni Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Campania, che complessivamente raccolgono il 51% dei nati nel Paese, lo studio prevede anche la raccolta di campioni biologici materni, fetali e placentari per la ricerca del

virus e lo studio delle possibili vie di trasmissione materno-fetale dell'infezione.

I risultati preliminari cui fanno riferimento i dati presentati riguardano l'andamento della prima fase dell'epidemia e, nello specifico, le 354 donne Sars-CoV-2 positive che hanno partorito dal 25 febbraio al 10 luglio.

La disponibilità di dati di popolazione ha permesso di stimare il tasso di incidenza dell'infezione da Sars-CoV-2 nelle donne che hanno partorito utilizzando i dati CeDAP quale denominatore. A livello nazionale, nel periodo in esame il tasso è risultato pari a 2,7 casi per mille parti con una variabilità compresa tra il 5,2/1.000 del Nord e lo 0,3/1.000 del Sud del Paese e un picco massimo pari al 9,5/1.000 nella sola Regione Lombardia (Fig.1).

La variabilità del tasso rispecchia la diversa circolazione del virus nel periodo preso in esame, in linea con i dati dell'indagine di siero-prevalenza curata dall'Istat.

Le donne con infezione da Sars-CoV-2 che hanno partorito presentano un decorso clinico e degli esiti materni e neonatali simili a quelli descritti per la popolazione generale, la maggior parte ha sviluppato una malattia clinicamente lieve. I principali fattori associati al rischio di polmonite interstiziale sono la cittadinanza non italiana e le precedenti comorbidità, in particolare l'ipertensione e l'obesità. La prevalenza delle polmoniti, pari al 58,7% della coorte nel primo mese della pandemia, è scesa al 3,2% nel periodo compreso



SERENA DONATI

CONTRIBUTI DONATI

tra il 16 maggio e il 10 luglio. A seguito dell'esecuzione del tampone a tutte le donne in gravidanza che si ricoverano per partorire, introdotta di routine tra la fine marzo e l'inizio aprile 2020, è infatti considerevolmente aumentato il numero di donne positive ma asintomatiche, passato dal 4,4% del primo mese di rilevazione al 76,2% dell'ultimo periodo preso in esame (Fig. 2).

Analogamente, tutti gli esiti presi in esame hanno subito una forte diminuzione della loro prevalenza grazie alla rilevazione delle asintomatiche che all'inizio dell'emergenza non venivano identificate e che nel periodo in esame sono il 41,2% dell'intera coorte. Il 56% delle donne arruolate nello studio ha infatti riferito di non aver avuto contatti a rischio nei 14 giorni che hanno preceduto l'insorgenza dei sintomi. Il parto pretermine, complessivamente pari al 13,6% della coorte, è sceso dal 21,7% del primo mese di rilevazione al 7,9% dell'ultimo; la grave morbosità materna e il ricovero in terapia intensiva, che hanno riguardato rispettivamente il 4,8 e il 4,0% del totale delle madri, sono scese dal 15% allo 0% nello stesso arco temporale e la grave morbosità neonatale, pari al 2,5% dell'intera coorte di nati, è passata dal 6,5% all'1,6%. Complessivamente le prevalenze delle condizioni prese in esame sono molto contenute a conferma della rarità di quadri clinici gravi a carico sia delle madri che dei neonati. Per quanto riguarda l'assistenza alla nascita, il tasso di tagli cesarei è pari al 33,8%, solo leggermente più alto rispetto alla percentuale del Nord del Paese che durante la prima fase ha segnalato oltre l'85% dei casi.

Questo tasso evidenzia come, anche durante la fase acuta della pandemia, i clinici abbiano rispettato le raccomandazioni internazionali, in cui si afferma che l'infezione da Sars-CoV-2 non rappresenta indicazione al parto chirurgico. Nel periodo preso in esame solo il 49,1% delle donne ha potuto avere una persona di sua scelta durante il travaglio/parto, il 40,2% dei neonati è stato separato dalla propria mamma alla nascita e solo il 19,6% ha potuto praticare il contatto pelle a pelle. Nel 70,9% dei casi è stato praticato il rooming-in e il 76,6% dei piccoli ha ricevuto il latte materno. In base alle evidenze disponibili e alle univoche raccomandazioni internazionali di Oms, Unicef, RcoG e nazionali di Iss e Sin, Acp, Sip, Sigo, Aogoi, Agui e Siaarti i benefici per la salute di madri e bambini di tutte queste pratiche assistenziali superano i rischi potenziali della trasmissione e della patologia legata al Covid-19. Esiste pertanto un ampio spazio di miglioramento per quanto riguarda la protezione della fisiologia della nascita e della relazione madre-bambino. Nonostante le criticità rilevate, le analisi temporali in

corso sull'inizio della seconda fase dell'epidemia descrivono un trend in crescita delle buone pratiche nei punti nascita del Nord. Analisi preliminari del periodo 1 settembre - 30 ottobre, stratificate per area geografica, evidenziano infatti nelle Regioni del Nord una importante riduzione del tasso di TC (23,6%) e della percentuale di separazioni di madri e bambini (26,4%) affiancate da un significativo aumento della frequenza del contatto pelle a pelle alla nascita, rilevato nel 60,9% dei casi.

In queste analisi preliminari il numero di segnalazioni provenienti dal Centro-Sud del Paese è ancora contenuto ma le prevalenze di cesarei e di separazione madre-bambino alla nascita sono decisamente maggiori, in linea con i dati disponibili prima dell'insorgenza della pandemia. Durante questa seconda fase dell'emergenza sarà quindi strategico rilevare l'andamento di questi indicatori e, ove necessario, promuovere attivamente le buone pratiche. Solo 11 dei 358 neonati presi in esame durante la prima fase dell'emergenza avevano un tampone positivo alla nascita e non è stato possibile confermare alcun caso di trasmissione in utero. Come descritto dalla letteratura internazionale i casi di bambini positivi sono pochi e raramente associati a condizioni di grave morbosità. Sono state registrate 3 morti in utero e nessuna morte materna o neonatale.

Le morti in utero non sembrano associate all'infezione materna e la numerosità della coorte è ancora troppo contenuta per permettere solide ipotesi interpretative.

La tempestiva disponibilità di dati nazionali su base di popolazione relativi all'assistenza alla nascita durante la pandemia da nuovo Coronavirus è la migliore conferma di quanto la ricerca sia un elemento essenziale nella risposta ad un evento epidemico e di quanto sia strategico disporre di una rete di professionisti sanitari che collaborano con continuità ad iniziative di ricerca. L'Iss, grazie all'impresa condivisa ricercatori-clinici coordinata da ItOss, promuove e sostiene attività di sorveglianza e ricerca di salute pubblica in ambito ostetrico e perinatale con la finalità di garantire un osservatorio nazionale in grado di mettere a disposizione dei decisori, dei professionisti sanitari e dei cittadini evidenze utili al miglioramento della qualità dell'assistenza al percorso nascita.

PER APPROFONDIRE:

Maraschini A, Corsi E, Salvatore MA et al. Coronavirus and birth in Italy: results of a national population-based cohort study. *Ann Ist Super Sanità* 2020;56(3):378-388. doi: 10.4415/ANN_20_03_17

Corsi E, Maraschini A, Perrone E et al (2020). La preparedness dell'Italian Obstetric Surveillance System in occasione della pandemia da SARS-CoV-2: aspetti metodologici di uno studio di popolazione. *Epidemiol Prev* 2020; 44(5-6) suppl 2:000-000. doi: 10.19191/EP20.6-6.S2.089 S https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+45_2020.pdf/45c048fd-5049-97e7-3cf9-81a1c38eaf25?t=1592207670842

ItOss <https://www.epicentro.iss.it/itoss/aggiornamenti>

SIN https://www.sin-neonatologia.it/wp-content/uploads/2020/05/SIN_COVID19-10-maggio.V3-Indicazioni-1.pdf

WHO <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-on-covid-19-pregnancy-and-childbirth>

UNICEF <https://www.unicef.org/uk/babyfriendly/covid-19/>

RCOG <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-24-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>

02

CONTRIBUTI

Premessa

Nonostante negli ultimi decenni siano stati introdotti in base agli studi controllati ed alle evidenze scientifiche molti cambiamenti nell'assistenza al travaglio, il parto operativo vaginale ha ancora un ruolo ed una importanza cruciale come intervento dell'arte ostetrica finalizzato a superare condizioni di deviazione dalla fisiologia.

IN PARTICOLARE l'esecuzione di un parto operativo vaginale (Pov) in periodo espulsivo in alternativa ad un taglio cesareo riduce il rischio di complicanze materne e permette l'estrazione del feto in tempi più rapidi.

IN ITALIA IL PARTO OPERATIVO VAGINALE si basa sull'impiego della ventosa ostetrica ed in particolare del modello monouso ideato da Aldo Vacca (Omnocup) che oggi è preferito rispetto al modello metallico di Malmstrom, mentre il forcipe è utilizzato raramente.

PER QUESTO MOTIVO, a differenza delle linee guida anglosassoni, il Pov con applicazione di forcipe non verrà trattato in queste raccomandazioni. Il ricorso al Pov è estremamente variabile nei punti nascita italiani con percentuali che variano dallo zero al 10 % con una media compresa tra il 4 ed il 5%.

POICHÉ IL RICORSO al parto operativo vaginale non è molto frequente e può essere causa di complicanze materne e soprattutto fetali anche gravi, è necessario che gli operatori siano addestrati adeguatamente all'utilizzo della ventosa e ne conoscano approfonditamente indicazioni, tecnica, limiti e possibili complicanze.

Lo scopo di queste raccomandazioni è quello di aiutare gli operatori ad un utilizzo appropriato, corretto e sicuro dello strumento e a una riduzione massima delle complicanze.



CLAUDIO CRESCINI
Vice Presidente Aogoi
Direttore scientifico Asst Bergamo Est - Ospedale Bolognini di Seriate e Pesenti Fenaroli Alzano Lombardo (Bergamo)

1 LA CARDIOTOCOGRAFIA COME INDICAZIONE AL PARTO OPERATIVO VAGINALE. QUALI SONO LE CARATTERISTICHE DEL TRACCIATO CTG IN PERIODO ESPULSIVO CHE CONSIGLIANO E GIUSTIFICANO L'ACCELERAZIONE DEL PARTO CON VACUUM EXTRACTOR.

- Prima di procedere all'interpretazione del tracciato Ctg in periodo espulsivo bisogna sempre tenere conto del più ampio contesto clinico, valutando anche le caratteristiche dei tracciati precedenti.
- Pur in presenza di decelerazioni variabili ripetitive, una linea di base stabile ed una variabilità comprese nei valori di normalità sono associate ad una bassa probabilità di acidosi a livello degli organi nobili fetali (rispettivamente miocardio ed encefalo).
- Esclusi i rari eventi sentinella, in presenza di segni suggestivi di ipossia fetale non è raccomandato il ricorso immediato ad un Pov, bensì vanno *in primis* instaurate le cosiddette manovre di "riani-