

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 4 Trent'anni di *GynecoAogoi***
Gli anni che hanno cambiato la nostra Associazione
e il mondo della Sanità
- 6 L'appuntamento annuale della ginecologia italiana**
Andiamo avanti cercando
di migliorare sempre di più
- 9 Anteprema Congresso**
Nel vivo degli argomenti

NUMERO
SPECIALE
CONGRESSO
ONLINE
SIGO 2020

Gyneco Aogoi

NUMERO 6 - 2020 - BIMESTRALE - ANNO XXXI

SIGO 2020 ON LINE EDITION
13-16 DICEMBRE 2020

LA GINECOLOGIA IN ITALIA E NEL MONDO NELL'ERA POST COVID

95° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
60° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI
27° CONGRESSO NAZIONALE AGUI
3° CONGRESSO NAZIONALE AGITE



A LIFE OF **POSSIBILITIES**

Il volto di Gedeon Richter Italia

Pronto il vademecum della ginecologia al tempo di Covid

Le vicende attuali determinate dallo tsunami coronavirus hanno modificato e probabilmente modificheranno profondamente l'approccio ginecologico nella gestione clinica e nelle modalità di interazione con le donne, riformulando atteggiamenti, percorsi clinici, modalità di counselling con l'imperativo confronto con le pratiche cliniche sviluppate anche in contesti internazionali.

In questa sfida globale ed epocale, siamo chiamati a dare risposte immediate alle tante domande che giungono dalle donne. Infatti, l'impatto del coronavirus è notevole tanto su tematiche ostetriche quanto su tutta la medicina della riproduzione, così come in ambito oncologico.

Proprio per soddisfare questi nuovi bisogni, i ginecologi italiani hanno deciso di indire la Giornata nazionale della Ginecologia che si celebrerà il 16 dicembre, una data che quest'anno coincide anche con la conclusione dei lavori del Congresso nazionale Sigo, Aogoi, Augui, Agite 2020.

E sarà anche l'occasione per presentare il vademecum della ginecologia al tempo del Covid, un ulteriore importante servizio per le donne. In questa prima Giornata saranno affrontate tematiche rilevanti come La Nascita ai tempi del Covid, la Denatalità, La Medicina della Riproduzione, la Fecondazione Medicalmente Assistita.



ANTONIO CHIANTERA
Presidente Sigo

SIGO 2020
13-16 dicembre | online edition

La ginecologia in Italia e nel mondo nell'era post Covid

Presidenti
Antonio Chiantera
Elsa Viora
Nicola Colacurci
Sandro Viglino

SIGO SOCIETÀ ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
95° Congresso Nazionale

AOGOI ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI
60° Congresso Nazionale

AGUI Associazione Ginecologi Universitari Italiani
27° Congresso Nazionale

AGITE ASSOCIAZIONE GINECOLOGI TERAPISTI
3° Congresso Nazionale

**IL 16 DICEMBRE
CELEBRIAMO
LA PRIMA
GIORNATA
NAZIONALE
DELLA
GINECOLOGIA**

Buon congresso!

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 6 - 2020
Anno XXXI

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Ester Maragò
e.marago@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication

Pubblicità
Edizioni Health
Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
a.cicogna@hcom.it

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
dicembre 2020
Tiratura 5.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della

rivista, anche per l'invio di altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata

A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA
PERIODICA SPECIALIZZATA

L'INFORMAZIONE AOGOI

I TRENT'ANNI DI GYNECOAOGOI

Gli anni che hanno cambiato la nostra Associazione e il mondo della Sanità

Nella primavera del 1990 usciva il primo numero di *GynecoAogoi* voluto da Antonio Chiantera, guidato da Cesare Fassari e per la parte scientifica da Felice Repetti. Eccoci qui trent'anni dopo a celebrare questo traguardo che non vuol essere un amarcord, ma un'occasione per capire quanto questo trentennio ha cambiato la ginecologia italiana.

DI QUESTI TRENT'ANNI *GynecoAogoi* è sempre stato partecipe e interprete. Vero e proprio testimone degli avvenimenti che accadevano nel mondo della sanità e, in particolare, nelle sale parto d'Italia. Tutto cominciò in quella primavera del '90 in una Italia scossa da inchieste su corruzione e mafia che poi sfociò, dopo gli attentati a Falcone e Borsellino, nel ciclone di Mani Pulite. A livello internazionale il decennio precedente si era concluso con le rivoluzioni che avevano rovesciato i regimi comunisti. Nonostante questa situazione politica incerta e caotica, si avvertì nella ginecologia ospedaliera la necessità di un rinnovamento. In particolare, la dirigenza Aogoi ritenne importante stimolare e migliorare la crescita culturale dei propri associati. Ricordo che di tutto questo si discusse a lungo all'interno dell'Associazione. Alla fine, di comune accordo si decise di creare un giornale con "l'obiettivo prioritario di pro-

muovere flussi informativi e l'aggiornamento pratico-scientifico dei soci e che nello stesso tempo fosse difensore degli interessi professionali dei ginecologi italiani". Nacque così *GynecoAogoi* che assunse subito un ruolo notevole nel favorire con i suoi aggiornamenti e report un'accelerazione della cultura medica nel settore della ginecologia. Nell'inventario rapido degli argomenti, che interessarono i lettori in quei primi anni di pubblicazione, risaltano i temi legati al "dilagare" del taglio cesareo nelle sale parto d'Italia, il gravoso problema medico-legale legato alla malpratica, la mortalità materna, la violenza sulle donne e l'aborto. Tutti argomenti che, a distanza di trent'anni, sono ancora motivo di discussione e per la maggior parte ancora irrisolti. Ampio spazio fu dato anche ad argomenti più strettamente legati all'organizzazione del lavoro, al governo clinico e più in generale al management sanitario. Temi che diventarono poi componenti inscindibili della nostra professione negli ospedali.

Internet vide la luce proprio in quei primi anni Novanta. Ebbe subito una rapida espansione. Diventò prezioso strumento di studio e di lavoro facilitando notevolmente la raccolta di notizie soprattutto in campo scientifico. Allora però non esisteva Google, l'archivio era cartaceo, per cui era

sempre una gran fatica scrivere un articolo con dati interessanti e ben documentati. Ma la vera discriminante fu la decodifica del genoma umano, che iniziava allora a muovere i primi passi per concludere il suo iter proprio a cavallo del nuovo millennio: cambiò per sempre la ricerca biomedica e vide nascere l'era della genomica. È sicuramente l'impresa scientifica più ambiziosa della ricerca biologica del ventesimo secolo che influenzò notevolmente tutta la medicina. Di tutto questo *GynecoAogoi* fu testimone attento con ampi aggiornamenti, come quelli sul CarT che arma le cellule, sul Crispr che taglia e cuce il Dna, o sull'immunoterapia.

Negli anni *GynecoAogoi* ha subito diversi cambiamenti. Cambiò pelle una prima volta nel 2005. Ci fu un radicale restyling, che trasformò l'iniziale periodico - poco più di un bollettino - in un vero e proprio mensile. Nuovo formato, nuova grafica, nuove sezioni e rubriche. Uno sforzo importante dettato da diversi fattori propri di un prodotto editoriale: migliore leggibilità, più netta de-

Carlo Sbiroli



Il primo numero di *GynecoAogoi*



La prima pagina del mensile nel 2005





finizione delle varie sezioni e una generale rivisitazione grafica a partire dal formato, dal colore e dall'uso delle immagini.

Nel 2007 il Congresso Nazionale (Sigo, Aogoi Agui) di Napoli segnò per la ginecologia italiana un profondo rinnovamento. Mostrò, anche se con grande litigiosità e profonde lacerazioni, che era indispensabile cambiare rotta: "imboccare una via nuova per realizzare un adeguamento della ginecologia italiana ai cambiamenti che erano avvenuti nella società e nel mondo della sanità". *GynecoAogoi* fu il naturale amplificatore di questa richiesta. Fu sollecitata la collaborazione dei soci (fino a quel momento quasi assente). Fu ampliato lo spazio ai grandi dibattiti sull'evoluzione della professione medica, sulle trasformazioni in at-

to nella sanità italiana a partire dalla crescita di ruolo delle istituzioni regionali.

Poi ci fu il 2012. Un anno fortunato per la ginecologia italiana. Anche se afflitto da problemi economi-

ci ci fu un notevole sforzo organizzativo per il **XX Congresso Mondiale** della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (Figo) che si svolse a Roma. *GynecoAogoi* con un numero doppio di pagine in italiano e in inglese fu distribuito ai soci e a tutti i partecipanti al Mondiale.

Nel 2016 *GynecoAogoi* cambiò passo. Diventò un bimestrale di approfondimento. E contemporaneamente si dette vita ad una newsletter, **AogoiLetter**, inviata per posta elettronica, ogni settimana, a circa 10mila ginecologi italiani (soci Aogoi e non). Fu subito un successo. Stabili un rapporto più diretto, più agile e soprattutto immediato tra l'Aogoi e i propri soci e con l'ampia platea di colleghi e professionisti che si occupano della salute femminile e neonatale.

“

La pandemia di Covid-19 ha posto ognuno di noi davanti al bisogno di sapere di più, con informazioni certe e discusse

AOGOIletter

La testata della newsletter on line

Notiziario settimanale dei ginecologi italiani

Ora siamo nel 2020. E il Covid-19 sta cambiando la medicina. Sta cambiando anche il modo di raccontarla, di informare. "Perché siamo convinti - scrive Daniela Minerva su *Repubblica* - che questo 2020 sia uno spartiacque da cui nessuno, che voglia informare sulla medicina, potrà prescindere: per la prima volta, una questione di salute impone una trasformazione politica e sociale, frena le nostre libertà e le nostre voglie individuali".

GynecoAogoi già dallo scorso anno, con la nuova direzione di Ester Maragò, aveva iniziato un percorso di rinnovamento dando anzitutto maggiore spazio all'aggiornamento clinico. Nello stesso tempo aveva cercato di rispondere al bisogno di una maggiore *qualità* di informazione sui vari problemi della nostra specializzazione. Questo sforzo editoriale si è notevolmente intensificato in questo 2020, perché la pandemia Covid ha posto ognuno di noi davanti al bisogno di sapere di più con informazioni certe e sicure al fine di accogliere e proteggere meglio le nostre pazienti.

La copertina dedicata al Congresso del 2007



Il numero speciale in occasione del congresso Figo a roma nel 2012



GynecoAogoi nel 2016





Andiamo avanti cercando di migliorare sempre di più

ELSA VIORA

PRESIDENTE AOGOI

Il 2020 passerà alla storia per avere stravolto il mondo e la vita quotidiana di tutte/i noi. La salute, diritto fondamentale e bene comune di cui non è possibile fare a meno, e senza il quale non si va da nessuna parte, è stata travolta dallo tsunami della pandemia da Sars-CoV-2



ELSA VIORA

UN'EMERGENZA CHE HA PORTATO alla luce tutte le fragilità del nostro sistema sanitario e ha inciso in maniera profonda sul modus operandi di tutti noi tracciando una profonda linea di demarcazione tra il prima e il dopo.

Stiamo quindi vivendo un momento storico e sociale difficilissimo e, purtroppo, l'autunno tanto temuto si è rivelato peggiore dell'atteso.

Non è questo il luogo per analizzare le cause nel dettaglio, ma non posso esimermi dall'osservare che, nella contrapposizione economia/salute la prima ha avuto un peso determinante e ora stiamo pagando le decisioni di politica sanitaria prese negli ultimi decenni. Siamo costretti a dover riflettere sulle ricadute che questa drammatica situazione ha prodotto nelle fasce sociali più deboli, sulle persone e sulle famiglie più fragili. Tantomeno possiamo nasconderci dietro all'affermazione spesso sentita: il virus è trasversale, colpisce tutti. Non è proprio così, perché se è vero che la pandemia è tale in quanto presente in tutto il mondo, le risorse per contrastarne la diffusione e le conseguenze sono molto differenti nei diversi Paesi. Perché diverse sono le condizioni sociali, culturali ed economiche in cui ognuno di noi vive.

Dobbiamo quindi fare una riflessione profonda su questi disequilibri proprio perché, oggi più che mai, è fondamentale prendere consapevolezza delle discriminazioni esistenti e della grande sofferenza delle fasce di popolazione socialmente e

culturalmente più fragili, donne, bambini, anziani.

Nel nostro piccolo, anche il Congresso nazionale sarà diverso, sarà solo online ma con possibilità di collegarsi, vedere e ri-vedere le relazioni per tutti i tre giorni a qualunque ora. Abbiamo voluto dedicare uno spazio alla medicina narrativa che vedrà protagoniste giornaliste e donne. Attraverso la narrazione racconteranno la loro esperienza emotiva nella ricerca della gravidanza, presenteranno il loro vissuto durante la gravidanza e il parto, nel periodo della menopausa e anche durante la malattia. Esperienze che ritengo possano e debbano essere condivise per accrescere e migliorare l'attività assistenziale di ognuno di noi. Credo che portare in un Congresso nazionale, seppure virtuale, questa parte essenziale del nostro lavoro sia la grande novità del 2020.

La medicina è cambiata e sta cambiando sempre di più e certamente il Covid-19 ha dato una ulteriore scossa. Ha dimostrato in modo inequivocabile la necessità di un cambio di paradigma. Ha svelato che non si può fare a meno degli altri e che deve cambiare il concetto di medicina e di cura. La medicina deve partire dal bisogno di salute, deve poter incidere sullo stato di salute delle persone e questo può essere ottenuto solo stabilendo una alleanza strategica fra tutte le parti coinvolte, nel nostro ambito: noi medici ginecologi/ginecologhe, le ostetriche, tutti gli operatori sanitari, le donne e le loro famiglie.

C'è bisogno di medici preparati ed aggiornati, con equi carichi di lavoro e condizioni lavorative che ci consentano di poter curare tutti in maniera efficiente, efficace e omogenea in ogni parte del nostro Paese.

Ci occupiamo di una parte della medicina molto affascinante: la gravidanza ed il parto sono l'inizio di una nuova vita, rappresentano il futuro, la vita che prosegue.

L'ostetricia e la ginecologia si sono evolute in modo radicale negli ultimi 30-40 anni ed oggi più che mai la maternità è molto di più del percorso biologico che porta alla nascita di un bambino: è un evento che coinvolge tutta la famiglia.

Il benessere della donna è determinante per la società, incide su tutta la famiglia, è la cartina di tornasole dello stato di salute di un Paese (non lo dico io, lo dice l'Oms).

La medicina non può e non deve essere intesa come un insieme di prestazioni, ma deve avere al centro la persona, nel nostro caso la donna, la diade madre/feto con la dignità che loro compete. Dobbiamo avere sempre presente nel nostro lavoro quotidiano la dignità delle donne, del corpo delle donne, la dignità del parto, solo così potremo portare il nostro contributo concreto ad un miglioramento reale dell'ostetricia e della ginecologia.

Il mio augurio è quindi che questo Congresso possa, anche se virtualmente, renderci ancora più forti e coesi nel raggiungere questi obiettivi. E che nella linea di demarcazione segnata dall'emergenza pandemica, dobbiamo essere propositivi affinché il dopo diventi per tutte/i noi una grande occasione di rinascita.

Non dobbiamo tornare indietro, ma vogliamo andare avanti cercando di migliorare sempre di più.



NICOLA COLACURCI
PRESIDENTE AGUI

Prenderci cura della donna in tutte le fasi della sua vita

La pandemia da Sars-CoV-2 ha profondamente segnato l'anno 2020 caratterizzandolo come uno spartiacque tra il prima e il dopo Covid, e ha costretto tutti noi a confrontarci col mondo in una sfida globale; per questo la Sigo ha deciso di dedicare il suo Congresso nazionale, che si svolge dal 13 al 16 dicembre 2020 in modalità virtuale, alla "Ginecologia in Italia e nel Mondo nell'era post Covid"



NICOLA COLACURCI

LA PANDEMIA CI SPINGE a ripensare il nostro modo di fare medicina, le nostre priorità assistenziali, a riformulare modalità di counselling e percorsi clinici. La vera sfida non è però verso il percorso nascita che deve essere garantito sempre in tutte le sue fasi, ma verso molti campi della ginecologia, che fanno della nostra professione una vera e propria "medicina sociale" e che, se trascurata, porterebbe conseguenze che pagheremo nel tempo soprattutto per la fasce più deboli della popolazione femminile, che avevano già difficoltà di accesso a servizi e cure sanitarie.

La Federazione Sigo, unita e compatta in tutte le sue componenti, si è spesa enormemente nel primo lockdown nel far recepire al mondo politico locale e nazionale la necessità di assicurare sempre, le indagini diagnostiche della gravidanza, sia essa a alto che a basso rischio, oltre a tutte le procedure diagnostiche e terapeutiche oncologiche.

Attualmente è impegnata nel fare recepire che devono essere considerate parte fondamentale del percorso nascita non solo tutte le procedure ambulatoriali e di ricovero attinenti il controllo della gravidanza e del parto, ma anche tutte quelle procedure finalizzate ad ottenere la gravidanza, (tecniche Pma) o a mantenere il suo potenziale riproduttivo (preservazione della fertilità) o a evitare una gravidanza indesiderata (Counseling contraccettivo e di contraccezione di emergenza) o

ad interrompere una gravidanza (Ivg, privilegiando la procedura farmacologica) nei termini consentiti dalla legge.

Soprattutto in questo momento di emergenza, è fondamentale perseguire la "nostra mission: prenderci cura della donna in tutta le fasi della sua vita, dall'adolescenza alla menopausa", e questo può assumere il significato superiore di prenderci cura dell'intero tessuto societario, attuale ma, soprattutto, futuro.

Di tutto questo e di molte altre tematiche si tratterà nel nostro congresso telematico: una quattro giorni di informazione formazione con contenuti scientifici veicolati da una piattaforma accessibile e al tempo stesso innovativa, in grado di rendere semplice la fruizione e l'interattività. Potrete visitare diversi ambienti rappresentati in modalità virtuale: sarà possibile assistere a tutte le sessioni scientifiche del congresso e selezionare i contenuti di oltre 40 sessioni live da seguire in diretta che potrete riguardare anche on demand e di 10 percorsi formativi registrati curati dai Giss Sigo. In questo percorso organizzativo ruolo centrale è stato quello dei Giss (gruppi di interesse speciale) che, istituiti ed attivati con l'ultimo direttivo, hanno cominciato a lavorare come vero e proprio braccio armato della Sigo, in grado di fornire quelle competenze super-specialistiche indispensabili per affrontare le diverse problematiche ostetrico-ginecologiche, rielaborare le conoscenze attuali e produrre documenti innovativi (molti dei quali presentati proprio in occasione del prossimo congresso) per aiutare tutti i ginecologi nel loro lavoro quotidiano.

La necessità di organizzare un Congresso in remoto ha permesso di sfruttare la piattaforma anche per altre potenzialità: per la prima volta la ginecologia italiana si apre alle donne creando un evento mediatico in cui saranno le donne che si

confronteranno esprimendo i loro bisogni, le loro angosce, i loro desideri su due tematiche di grande impatto sociale: il desiderio di gravidanza ed il benessere in menopausa.

Infine dovremo affrontare il nodo centrale della formazione dei nuovi ginecologi: l'emergenza Covid ha sommato vecchi problemi (necessità di aumentare le borse per la formazione specialistica, rimodulazione del percorso formativo) a nuove questioni (autonomia e responsabilità degli specializzandi con contratti Covid, limiti e sicurezza della loro attività nei percorsi Covid. Come Agui abbiamo investito molto sulla formazione continua attraverso webinar e incontri telematici interattivi, cercando di rispondere alle aspettative e alle problematiche poste dai medici in formazione, ma ancora c'è da fare affinché possiamo avere un percorso formativo nazionale omogeneo in grado di creare neo-specialisti capaci di inserirsi immediatamente nel mondo lavorativo: da questo punto di vista possiamo garantire che resta assolutamente una nostra priorità.

Insomma, come sempre, ma mai come in questo momento, ci aspettano sfide ardue ma la ginecologia italiana è quanto mai compatta e pronta ad affrontarle. Il Congresso Sigo 2020 è la prima occasione per parlare di tutte queste tematiche perché se da un lato la modalità telematica ci priverà di quegli aspetti di relazione umana e convivialità che riscaldano gli animi, agevolano e rafforzano i rapporti umani e professionali, d'altra parte darà un'opportunità unica: la possibilità a veramente tutti di partecipare da casa piuttosto che dall'ufficio, in orari compatibili con i propri impegni personali e professionali, in un'osmosi culturale senza precedenti in cui le distanze risulteranno ridotte e la comunicazione quanto mai esaltata.

Buon Congresso



SANDRO M. VIGLINO

PRESIDENTE AGITE E VICE PRESIDENTE SIGO

Vicini e... lontani **ma sempre presenti**



SANDRO M. VIGLINO

Quando, nella scorsa primavera in Direttivo Sigo, abbiamo iniziato a ragionare sull'eventuale organizzazione del Congresso nazionale 2020 via web, qualcuno (e me tra questi) è apparso sorpreso e francamente perplesso su questo tipo di iniziativa perché, sotto sotto, si pensava che l'estate avrebbe sconfitto il coronavirus e che quindi a dicembre molto probabilmente avremmo potuto ritrovarci tutti nelle aule congressuali a Napoli. Le cose, purtroppo, non sono andate così e oggi ci ritroviamo ancora nel pieno di una pandemia che non molla la presa e che anzi si è ripresentata con ancora maggiore aggressività. Dunque quest'anno, a dicembre, ci ritroveremo sì, tutti quanti insieme ma on line, sulle onde di un "oceano" informatico che per fortuna esiste e che ci rende tutti più vicini ma fisicamente lontani.

AGITE SARÀ PRESENTE come terza componente della Federazione Sigo e i suoi rappresentanti saranno inseriti in qualità di relatori/moderatori nelle varie Sessioni congressuali che sono l'espressione concreta del lavoro in squadra dei vari Giss tematici così come contemplato dal nuovo Statuto Sigo. Sempre on line terremo la nostra Assemblea annuale cui fin da adesso siete invitati a partecipare. Ma al di là degli aspetti tecnico-scientifici affrontati dalle varie Sessioni gestite dai Giss, il contributo e la testimonianza che i rappresentanti Agite porteranno in sede congressuale saranno anche riflesso di come la Ginecologia territoriale ha vissuto sul campo questi terribili mesi in tempo di pandemia da Covid 19.

Specialmente nei momenti in cui le Unità operative di Ginecologia sono state costrette a ridurre la propria attività e a limitarla alle urgenze e alle prestazioni indifferibili, il Territorio si è trovato a svolgere compiti di assoluta necessità e importanza. Due esempi che valgono per tutti. Il primo problema che si è presentato è stato quello relativo alla gestione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Molte realtà ospedaliere hanno avuto notevoli difficoltà a mantenere questo servizio (alcune Uu.Oo. sono state addirittura temporaneamente chiuse per riconversione degli spazi assistenziali in reparti Covid). Le donne che si sono trovate loro malgrado ad affrontare questa evenienza si sono rivolte numerose ai Consultori familiari pubblici per iniziare la procedura prevista in questi casi. I ginecologi e le ginecologhe territoriali si sono fatti carico di accogliere le pazienti e di seguire l'iter relativo.

È proprio di questi mesi la decisione del ministero della Salute di estendere la procedura relativa alla Ivf farmacologica a nove settimane (secondo

quanto già praticato all'estero), superando l'assurdo limite delle sette settimane e aprendo alla possibilità che l'intero percorso possa essere seguito in seno al Consultorio, sgravando così l'ospedale da questo impegno. In pratica, ad oggi, ciò non si è ancora realizzato (tranne in qualche limitata realtà regionale) ma certamente la strada è stata individuata. Ora ci troviamo nuovamente in una situazione critica per cui un maggiore coinvolgimento della rete consultoriale sarebbe opportuno. I colleghi e le colleghe del Territorio, come già avvenuto negli scorsi mesi, saranno sicuramente in grado di svolgere questo delicato compito.

L'altro esempio riguarda le gravidanze fisiologiche: anche in questo caso molti reparti ospedalieri non hanno potuto farvi fronte, limitandosi a trattare quelle a maggior rischio ostetrico. Anche in questa circostanza, i Consultori e gli ambulatori sono stati all'altezza della situazione. Le pazienti gravide hanno trovato nella rete ambulatoriale pubblica le risposte adeguate e nessuna è stata trascurata o dimenticata.

Sono solo due esempi di come la Ginecologia territoriale può affiancare e integrare quella ospedaliera ad un livello qualitativo non certo inferiore. Un ragionamento analogo si potrebbe fare per lo screening del cervicocarcinoma, per la contraccezione, per i centri giovani e così via.

Mi auguro che il dibattito e le riflessioni offerte dalle sessioni congressuali si rivelino utili anche ad affrontare questi aspetti della Ginecologia che, nonostante il terribile momento che stiamo attraversando, non ha mai fatto mancare attenzione e assistenza alle donne e alle coppie bisognose di specialisti preparati e sempre presenti.

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

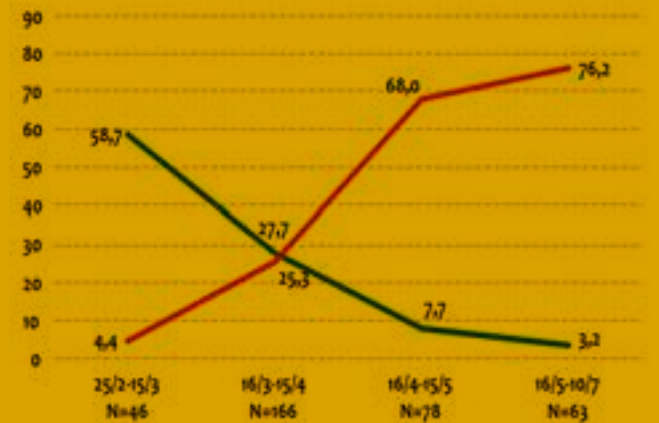


FIGURA 2 Tasso di infezioni da Sars-Cov-2 in donne che hanno partorito tra il 25 febbraio 10 luglio 2020 (N=354)



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-



“ 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.

Le raccomandazioni per il parto operativo vaginale mediante ventosa ostetrica

mazione fetale intrauterine”.

- d) In periodo espulsivo, le cause acute reversibili di ipossia fetale sono comunemente: l'ipotensione materna (secondaria a posizione supina o analgesia epidurale), la compressione funicolare transitoria e l'iperstimolazione uterina (da Ossitocina o da Prostaglandine) associata o meno alle spinte volontarie. Ognuna di queste condizioni richiede l'adozione di interventi correttivi appropriati e specifici e non l'espletamento immediato del parto.
- e) È raccomandato procedere al parto immediato nella via più sicura e veloce possibile (Pov vs. TC emergente) se persistono le alterazioni Ctg nonostante l'adozione delle manovre conservative oppure in caso di rapido deterioramento del tracciato Ctg.
- f) È necessario tenere a mente che l'esecuzione stessa di un Pov si associa nella maggior parte dei casi ad alterazioni del tracciato Ctg, quali: decelerazioni, tachicardia, pattern sinusoidale/saltatorio.

2 IL TRAVAGLIO DISTOCICO COME INDICAZIONE AL PARTO OPERATIVO VAGINALE. RALLENTAMENTO/ARRESTO DELLA PROGRESSIONE DELLA PARTE PRESENTATA. CRITERI DIAGNOSTICI PER UNA CORRETTA INDICAZIONE.

- a) La durata del II stadio del travaglio è molto variabile. La parità, la spinta ritardata, l'uso di analgesia epidurale, l'indice di massa corporea materna, il peso fetale, la posizione occipito-posteriore, il livello della parte presentata a dilatazione completa, ecc. influenzano la durata del secondo stadio del travaglio, pertanto definirne l'appropriata durata per ogni singola donna non è possibile. Un limite di tempo assoluto del II stadio del travaglio oltre il quale le donne dovrebbero essere sottoposte a un parto operativo o ad un taglio cesareo non è stabilito. La soglia per intervenire deve essere quindi personalizzata. Se le condizioni materno-fetali lo permet-

tono, prima di diagnosticare un arresto del II stadio del travaglio si dovrebbero aspettare almeno 2 ore di spinte attive nelle pluripare e almeno 3 ore di spinte attive nelle nullipare. In caso di analgesia epidurale è indicato aspettare 1 ora in più.

- b) L'equilibrio acido base fetale non si modifica in maniera significativa durante il II stadio se la donna non spinge, non effettua manovre di Valsalva, se l'attività contrattile non è ipercinetica e se il tracciato Ctg è normale.
- c) È importante ricordare che il secondo stadio del travaglio è distinto in due fasi. Prima fase: intervallo di tempo tra la dilatazione cervicale completa e la sensazione di premito incoercibile della donna, definito come fase passiva o **fase di transizione**. Seconda fase: intervallo di tempo tra l'inizio della spinta volontaria e il parto, definito come fase attiva o fase espulsiva. Il mancato riconoscimento e rispetto della fase di transizione può comportare un aumento del ricorso al Pov o alla

somministrazione inopportuna o esagerata di ossitocina.

- d) Nelle nullipare con analgesia epidurale è raccomandato ritardare la spinta per una o due ore dopo la dilatazione completa o fino a quando la donna non percepisce lo stimolo sensoriale di spingere. Questo aumenta la possibilità di parto vaginale spontaneo.
- e) In presenza di distocia del travaglio è necessario ricercarne le cause che possono essere fetali (posizione testa-tronco fetale, macrosomia, malposizioni) o materne (stress, scarso controllo metabolico, posture obbligate in travaglio in particolare quella supina, dolore, paura del parto) e, quando è possibile, va proposto un trattamento mirato alla risoluzione della causa specifica ipotizzata (idratazione orale o endovenosa, cambio di posture, rotazione manuale della testa fetale, supporto psicologico, controllo del dolore con doccia, vasca, analgesia, ecc.).
- f) Non è raccomandata l'applicazione di ventosa ostetrica in caso di

A cura del gruppo di studio della Fondazione Confalonieri Ragonese

ANNA FRANCA CAVALIERE (Prato)

MASSIMO STEFANO CORDONE (Genova)

SARA D'AVINO (Roma)

MARIA PIA PISONI (Milano)

SALVATORE POLITI (Catania)

GABRIELE SACCONI (Napoli)

GIANLUCA STRAFACE (Abano Terme)

GIULIA VELLANI (Palermo)

CONTRIBUTI CRESCINI



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



arresto della progressione per asinclitismo posteriore.

- g) In conclusione si dovrebbero sempre valutare con attenzione i rischi ed i benefici legati al proseguimento delle spinte materne rispetto a quelli legati ad un Pov o un taglio cesareo urgente con la testa impegnata.

3 LE REGOLE DI BASE PER UNA CORRETTA APPLICAZIONE DELLA VENTOSA. COSA SI DEVE FARE E COSA SI DEVE EVITARE.

Cosa fare prima dell'applicazione:

- rivalutare con gli operatori presenti le indicazioni al Pov (materne o fetali);
- gli operatori devono informare la paziente in merito alla procedura e devono ottenerne il consenso che in considerazione della situazione contingente può essere in forma verbale;
- è opportuno che il parto operativo sia effettuato da un operatore con adeguata esperienza. In caso contrario, si deve sempre chiamare un collega più esperto e se le condizioni lo permettono (benessere materno-fetale e tempi di attesa compatibili) attendere il suo arrivo prima di procedere;
- è opportuno allertare l'equipe anestesologica;
- è necessario che la vescica sia vuota per evitare traumi vescicali;
- La visita ostetrica da parte dell'operatore accertate le indicazioni al Pov è indispensabile per assicurarsi:
 - che la dilatazione sia completa
 - che le membrane siano rotte (in caso procedere ad amniorexi)
 - che la presentazione sia cefalica
 - per stabilire il livello della p.p. e l'indice di posizione

Attenzione: la parte presentata deve

essere cefalica ed impegnata.

Procedura corretta per l'applicazione della ventosa omnicup:

- deprimere il perineo con due dita della mano non impegnata dallo strumento per formare uno spazio in cui inserire la coppetta dolcemente con un solo movimento;
- premere la coppetta contro la testa fetale e manovrarla fino a che il suo centro sia sul punto di flessione;
- controllare che la coppetta sia posizionata il più possibile nell'area definita "punto di flessione" della testa fetale che si trova a 3 centimetri di distanza dalla piccola fontanella lungo la sutura sagittale;
- verificare che non ci sia tessuto delle pareti vaginali intrappolato tra la coppetta e lo scalpo, mantenendo la coppetta in posizione con una mano e scorrendo l'indice dell'altra mano attorno al margine della coppetta;
- dare inizio alla sigillatura della coppetta aumentando il vuoto approssimativamente fino ad un massimo di 600 mm Hg (60 /80 kpa);
- riesaminare per assicurarsi che non si sia incluso tessuto materno sotto la coppetta e in caso positivo staccare e riapplicare la coppetta;
- effettuare le trazioni in concomitanza con la contrazione e la spinta materna e non prima di un minuto dal raggiungimento del massimo del vuoto di aspirazione;
- Inizialmente effettuare la trazione con l'asse progressivamente rivolto verso il basso (in direzione del pavimento) fino all'incoronamento della testa (la posizione dell'operatore dovrebbe essere in ginocchio); di seguito la trazione si porterà in direzione orizzontale e

poi verso l'alto;

- la coppetta omnicup è dotata di una scanalatura che deve risultare posizionata alle ore 12 dopo l'applicazione. Tale scanalatura segnala i gradi di rotazione della testa fetale durante le trazioni e di conseguenza l'efficacia della procedura.
- in caso di fallimento, si deve avere la possibilità organizzativa di eseguire un taglio cesareo di emergenza entro 15 minuti se l'indicazione è dovuta ad alterazioni del Bcf, ed entro 30 minuti se l'indicazione consiste nell'arresto della progressione della parte presentata.

COSA NON FARE?

SI RACCOMANDA DI SOSPENDERE LA PROCEDURA QUANDO:

- non c'è evidenza di discesa della parte presentata con una moderata trazione concomitante alla contrazione e alla spinta materna;
- si sono verificati 2 distacchi della coppetta;
- sono trascorsi più di 15 minuti o tre trazioni consecutive e la testa fetale non è progredita verso il piano perineale. La progressione della testa fetale e l'autorotazione progressiva autorizzano ad un tempo di attesa fino a 20 minuti e 6 trazioni (tre per portare la testa fetale a livello del perineo e tre per completare l'espulsione). Bisogna ricordare che il rischio di cefaloematoma, nonché le lesioni del plesso brachiale, aumentano con tempi di applicazione più lunghi.
- non è consigliata l'applicazione di forcipe in caso di fallimento della ventosa;
- non si dovrebbero effettuare manovre di Kristeller se non eccezionalmente a testa incoronata per



Non è consigliata l'applicazione di forcipe in caso di fallimento della ventosa.

Non è indicato l'uso routinario di ossitocina, soprattutto se in presenza di contrazioni uterine valide

facilitare la deflessione della testa ed accorciare i tempi del periodo espulsivo in associazione all'episiotomia quando l'indicazione al Pov sono le alterazioni del tracciato Ctg;

- l'episiotomia mediolaterale con angolo di incisione a 60° nel parto operativo sembra ridurre il rischio di lacerazioni dello sfintere anale soprattutto nelle primipare e riduce di circa 5 minuti la durata del periodo espulsivo. È pertanto indicata nel Pov per alterazioni del Ctg mentre può essere evitata nel Pov per distocia quando in assenza di limiti temporali sono possibili manovre di protezione del perineo;
- non è indicato l'uso routinario di ossitocina, soprattutto se in presenza di contrazioni uterine valide;
- non vi sono ancora forti evidenze circa l'uso routinario dell'antibiotico

4 IL RUOLO DELL'ECOGRAFIA COME AUSILIO PER IL PARTO OPERATIVO CON VENTOSA

- Numerosi studi hanno dimostrato che l'esame clinico per la valutazione della posizione e della stazione della testa fetale sono imprecise e soggettive.
- Sebbene gli ultrasuoni siano più accurati e riproducibili rispetto all'esame digitale nella determinazione della posizione e della stazione della testa fetale in travaglio, non vi è ancora la dimostrazione che il suo uso routinario migliori gli esiti del travaglio e del parto.
- Attualmente non esiste consenso su quando l'ecografia dovrebbe essere eseguita durante il travaglio,



a quale parametro si dovrebbe fare riferimento e su come dovrebbero essere integrati i risultati ecografici con le valutazioni cliniche.

d) Le linee guida Isuog individuano due contesti in cui gli ultrasuoni, migliorando la valutazione del travaglio rispetto all'esame clinico, possono essere di particolare utilità:

1. *Sospetto ritardo o arresto della prima o della seconda fase del travaglio*

Viene raccomandata la valutazione della posizione della testa (posizione occipito posteriore, malpresentazioni) per via trans-addominale e la misurazione dell'Angolo di progressione (AoP > 120°) oppure della Distanza testa-perineo (Hpd < 35mm) per via trans perineale;

2. *Potenziale necessità di eseguire un Pov.*

Viene raccomandata l'accertamento della posizione e della stazione della testa fetale prima di considerare o eseguire il parto vaginale strumentale.

5 ELEMENTI FONDAMENTALI DI VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI BENESSERE NEONATALE DOPO PARTO CON VENTOSA.

a) Il parto operativo vaginale, con ventosa ostetrica o forcipe, può essere associato a complicanze perinatali anche di grado severo.

b) Prima di procedere ad un Pov è necessario avvisare il personale deputato all'assistenza neonatale affinché sia presente almeno un Neonatologo ovvero un operatore sanitario medico con competenze nella rianimazione completa del neonato.

c) Risulta altrettanto importante in-

formare l'equipe neonatologica oltre che delle condizioni fetali, anche delle motivazioni dell'applicazione della ventosa, consentendo così la possibilità di una più rapida ed efficace risposta alle eventuali complicanze correlate.

d) Vi è una correlazione tra durata del Pov e esito neonatale sfavorevole.

e) È raccomandato eseguire in questi neonati un prelievo per Emogasanalisi cordonale sia da vena che da arteria ombelicale. Laddove ciò non sia possibile si effettuerà il prelievo dai vasi del piatto placentare.

f) Dopo la nascita, è consigliato controllare il punto di applicazione della ventosa, in quanto alcuni punti di posizionamento sono associati ad un aumento del rischio di complicanze.

g) Il personale che prosegue l'assistenza del neonato da Pov, soprattutto se nato dopo multiple applicazioni o trazioni, oppure nato da taglio cesareo dopo fallimento di ventosa ostetrica, deve monitorare la comparsa di segni e sintomi di traumi anche nelle ore successive, perché questi possono manifestarsi anche tardivamente.

h) L'utilizzo di ventosa ostetrica nel neonato pretermine aumenta il rischio di complicanze emorragiche sia intracraniche che extracraniche rispetto al parto spontaneo.

i) Durante la degenza del neonato, sia in neonatologia che con la madre in rooming in, è raccomandata una comunicazione puntuale e corretta con i genitori inerente la presenza di eventuali lesioni e la possibilità di comparsa delle stesse nelle ore successive.

6 CHECKLIST E CRITERI DESCRITTIVI FORMALI DELLE PROCEDURE ESEGUITE, DELLE INDICAZIONI E DEI TEMPI PER UNA PROTEZIONE MEDICOLEGALE

SCHEMA ESECUZIONE PARTO OPERATIVO VAGINALE

Etichetta paziente_ (Identificativo pz: Nome-Cognome etc)

Data _____

Ginecologi: _____ Ostetriche: _____

Indicazione al POV:

Arresto della progressione

CTG intermedio o tipo 2 patologico o tipo 3

Materna: patologia _____ esaurimento forze

La posizione all'inizio del POV è stata valutata:

anteriore OISA OIDA OA

trasversa ODT OST

posteriore OIDP OISP OS

con l'esplorazione vaginale con l'ecografia

La stazione all'inizio del POV è stata valutata:

medio scavo (0, +1)

basso scavo (+2, +3)

piano perineale (+4, +5)

con l'esplorazione vaginale con l'ecografia

Sono stati esclusi: sproporzione cefalo pelvica e asinclitismo posteriore:

con la semeiotica ostetrica clinica

con l'ecografia

POV eseguito:

a vescica vuota

dopo rotazione manuale OPP/OTP

in sala parto

in sala operatoria

con consenso della donna verbale scritto

con anestesia:

locale

pudenda

epidurale

altro

Strumento usato:

OMNICUP

altra ventosa _____

Orario inizio _____ N° trazioni _____ N° distacchi _____ Orario fine _____

Neonato M F Peso _____ APGAR a 1' _____ a 5' _____ a 10' _____

prelievo cordone ombelicale pH: arteria _____ vena _____; BE: arteria _____ vena _____

Condizioni dei genitali:

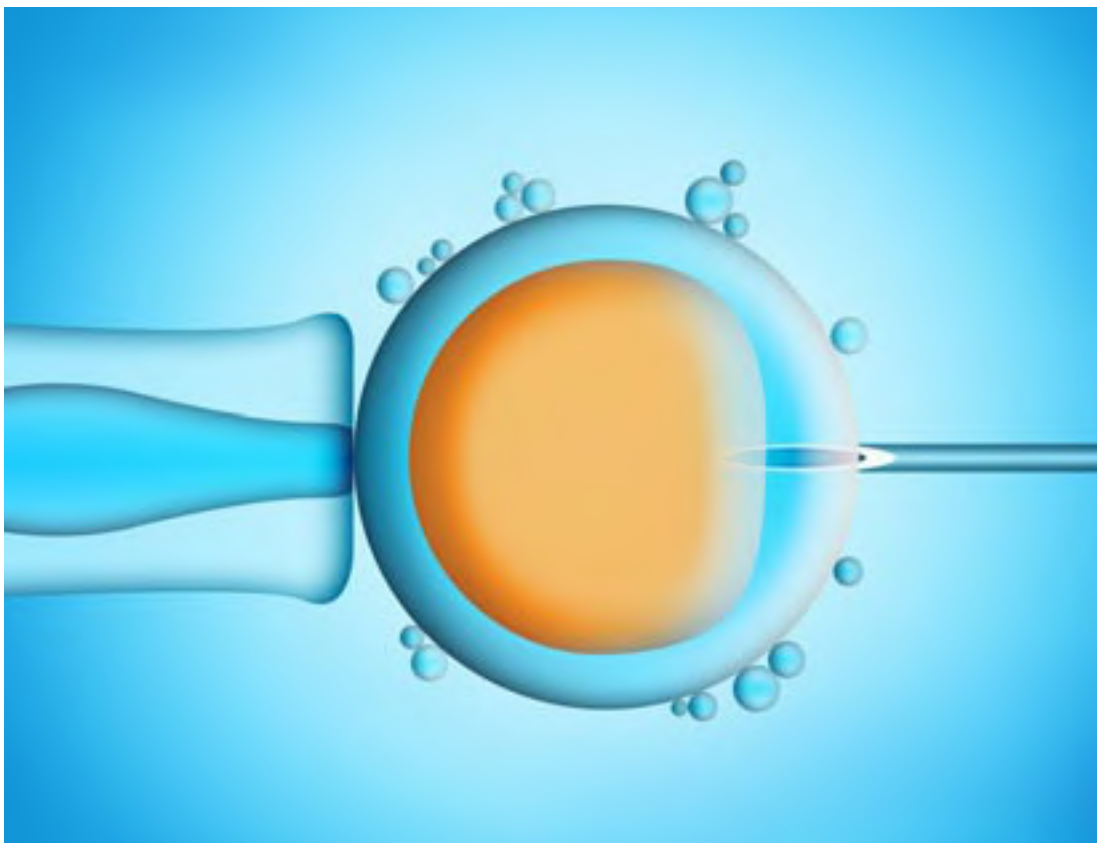
Episiotomia medio-laterale Lacerazione di grado: 1 2 3 (A-B-C) 4

altro

Secondamento: completo incompleto manuale strumentale revisione CU

Debriefing sul parto operativo con il personale presente (discutere punti di forza e aspetti tecnici e non tecnici migliorabili), e in postpartum con la donna e il partner

SI NO programmato per _____



Un bilancio positivo per il Giss Medicina della Riproduzione

La creazione dei Giss ha determinato un radicale cambiamento di rotta nelle strategie della Sigo che, da società generalista che si interessava soprattutto di tematiche di largo raggio, si è data una strutturazione di società poli-superspecialistica in quanto ogni Giss rappresenta la massima espressione di competenze a livello nazionale in quel campo della ginecologia ed ostetricia



NICOLA COLACURCI
Coordinatore Gruppo di interesse speciale in Medicina della Riproduzione della Sigo

IL GISS MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE si è formato sugli stessi presupposti e risulta costituito da una assemblea, a cui partecipa oltre l'80% dei ginecologi che si interessano attivamente di medicina della riproduzione e da un direttivo in cui sono equamente rappresentate tutte le varie componenti: universitaria, ospedaliera, privata accreditata, privata pura.

La pandemia Sars-Cov-2 ha rivelato con maggiore intensità l'importantissimo ruolo svolto dai Giss, che nel campo della medicina della riproduzione ha visto la massima applicazione.

Compito dei Giss è appunto:

- proporre modelli uniformi di comportamento a tutta la comunità scientifica, omogeneizzando le diversità esistenti sul territorio nazionale, anzi dando quella omogeneizzazione che la sanità nazionale ha declinato in una parcellizzazione regionale;
- informare tutta la comunità scientifica dei protocolli proposti;
- informare le Istituzioni nazionali e regionali, avviando un dialogo costruttivo enfatizzando gli aspetti scientifici inerenti le singole problematiche.

Su tale guida il Giss ha modulato le sue proposte in rapporto all'andamento della pandemia, concordando sulla sospensione dei trattamenti nell'iniziale fase di lockdown, esprimendo la neces-

sità di una ripresa delle procedure Pma con l'avvio della seconda fase, proponendo modelli comportamentali per la sicurezza degli operatori e delle coppie, enfatizzando nell'ultima recente fase la necessità di non interrompere i trattamenti.

La sua voce è stata diffusa da documenti inviati al Ministero, da comunicati stampa e la dimostrazione che sia stata importante nelle scelte politiche è data dalla considerazione che le proposte comportamentali formulate da Sigo sono state prese a modello da Istituzioni come il Cnt e l'Iss. Nella fase attuale il Giss ha continuato la sua "mission" e con l'ultimo comunicato stampa ha ribadito la necessità di considerare le procedure Pma come parte integrante del percorso nascita ed ha chiesto con vigore di mantenere attivo su tutto il territorio nazionale il percorso nascita in tutte le sue forme, ambulatoriali e di ricovero, sia in attività istituzionale che libero professionale. Ha sottolineato che devono essere considerate parte fondamentale di tale percorso non solo tutte le procedure ambulatoriali e di ricovero attinenti il controllo della gravidanza e del parto, ma anche tutte quelle procedure finalizzate ad ottenere la gravidanza, o a evitare una gravidanza indesiderata, o ad interrompere una gravidanza, nei termini consentiti dalla legge. Nello specifico ritiene che debbano essere mantenute tutte le seguenti attività:

- attività ambulatoriale clinico-strumentale per il controllo della gravidanza fisiologica ed a rischio;
- partoanalgesia;
- corso di accompagnamento alla nascita per via telematica;
- servizio Ivig, privilegiando la procedura farmacologica;

- counselling contraccettivo e di contraccezione di emergenza;
- tecniche di riproduzione assistita, comprensive dei transfer di embrioni o gameti crioconservati precedentemente;
- procedure per la preservazione della fertilità per pazienti maschi e donne oncologici,
- oltre al mantenimento degli screening oncologici (Ppp test, ecografia, colposcopia, isteroscopia) e delle terapie medico-chirurgiche collegate alla diagnosi oncologica.

La Sigo, tramite il suo Giss, teme fortemente che l'attuale politica sanitaria nazionale possa trascurare fortemente tutte le attività non Covid espletate nel Ssn, delegando la gestione di tali attività alla sanità privata.

Tale situazione darebbe un colpo mortale alle attività Pma svolte presso le strutture pubbliche, da sempre considerate le cenerentole in tale campo, in cui a carenze storiche strutturali, di finanziamento, di organico si andrebbe ad aggiungere la volontà politica sanitaria di privilegiare altre attività, rendendo pertanto impossibile ed irrealizzabile il sogno riproduttivo ad una sempre più vasta fascia di persone che vedevano nella sanità pubblica l'unica possibilità di accedere ad un percorso riproduttivo.

Interrompere tali procedure, nell'ambito dell'ostetricia e ginecologia del Ssn, non porta inoltre nessun vantaggio all'organizzazione dell'attività Covid, in quanto gli operatori in servizio nelle aree materno-infantili non Covid (ginecologi, neonatologi, ostetriche, infermieri, anestesisti), si trovano ad essere sottoutilizzati, in quanto comunque presenti in rapporto all'attività del percorso nascita, sono obbligati a non svolgere tutte le altre attività, prima autorizzate.

La denatalità rappresenta una problematica sociale di dimensioni superiori alla pandemia Covid e l'assenza di strategie istituzionali atte ad affrontarla o l'abbandono di percorsi assistenziali, a fatica consolidati, si ripercuoterà con gravissime conseguenze negli anni futuri.

La Sigo auspica pertanto che le Istituzioni tutte, nazionali e regionali, pongano in essere tutte le procedure per consentire, nei limiti concordati dalle situazioni locali, nella prosecuzione di tali attività e non perseguano una politica di sole chiusure, che appare facile da realizzare ma dalle gravissime conseguenze a medio e lungo termine.

Oltre la vicenda Covid il Giss si è interessato di numerose altre problematiche tra cui, mi piace ricordare: ha proceduto alla richiesta al Snlg di estensione linee guida sulla sterilità. Tale richiesta è stata bloccata dal Covid in quanto altra società aveva fatto analoga richiesta. Nonostante sia trascorso oltre un anno, la "querelle" linee guida non si è ancora risolta e, come Sigo, stiamo ancora in attesa di poter svolgere il nostro ruolo istituzionale di revisori; ha poi posto in Aifa alcuni quesiti inerenti problematiche di gestione di protocolli terapeutici esortando un loro chiarimento. In conclusione riteniamo che i Giss rappresentino la vera svolta della Sigo e quello della Medicina della Riproduzione ha permesso di dare una voce unica e compatta ad un mondo da sempre diviso da individualità ed egoismi.

04

CONTRIBUTI

Quando parliamo di anemia facciamo riferimento alla diminuzione della quantità totale dell'emoglobina (Hb) rispetto ai normali livelli fisiologici. Nelle gestanti viene definita da valori di emoglobina <11 g/dL nel I trimestre e nel III trimestre e <10,5g/dL nel II trimestre e da un ematocrito (Htc) del 33% nel I e III trimestre e del 32% nel II trimestre (Acog)

Anemia e gravidanza sotto la lente

IN GRAVIDANZA QUESTA CONDIZIONE è secondaria ad un aumento della volemia, ad una diminuzione della massa eritrocitaria totale, ad una riduzione del numero dei globuli rossi, della sideremia, della ferritina e ad un aumento della transferrina. L'anemia da carenza di ferro è la più frequente forma di anemia nelle donne in gravidanza; altre cause minori di anemia sono rappresentate da anemia da carenza di folati e vitamina B12, le emoglobinopatie e l'anemia emolitica.

Nella maggior parte dei casi è in teoria possibile identificare la causa dell'anemia e trattarla correttamente durante la gravidanza migliorando così gli esiti perinatali. La percentuale delle gestanti anemiche in tutto il mondo è del 38%, con un ampio intervallo tra i diversi paesi, ad esempio, nei paesi dell'est il 48,7% delle donne gravide ha anemia, in Africa 46,3% e in Europa 25,8%. Nel 41% delle gestanti l'anemia è causata da deficit di ferro; il deficit di ferro, infatti è la più comune carenza alimentare e le donne in gravidanza sono i soggetti più a rischio; ciò è imputabile ad una bassa assunzione di ferro con dieta. Le donne vegetariane e vegane, invece, possono andare più frequentemente incontro a deficit di zinco, ferro e Vitamina B12. Per queste gestanti sarà indicato proporre una consulenza nutrizionale prima di intraprendere una gravidanza così da adeguare il regime alimentare alle necessità nutrizionali. L'anemia da deficit di ferro è correlata a rischio di parto pretermine, infezioni puerperali e un maggior tasso di mortalità materna e fetale. È indicato sottoporre a screening tutte le donne gravide sin dal primo controllo e ripeterlo a 28 settimane per disporre un eventuale trattamento. Se necessario sarà utile ricontrollare l'assetto marziale a 33-37 settimane. (Linee guida "Gravidanza fisiologica" del Sngl-Iss).

Il Nice, *The English National Institute for Health and Care Excellence*, consiglia un esame emocromocitometrico completo all'inizio della gravidanza e alla ventottesima settimana di gestazione per consentire un trattamento ottimale se viene diagnosticata l'anemia. Per chiarire la causa dell'anemia può essere di supporto il volume medio dei globuli rossi (Mcv) in grado di differenziare l'anemia mi-

crocitica dovuta a carenza di ferro o ad emoglobinopatie dall'anemia macrocitica correlata al deficit di vitamina B12 e folati; e ancora dall'anemia normocitica correlata a malattie/infezioni materne. Da notare che in molti casi l'anemia in gravidanza è una forma mista e questo può rendere gli indici delle emazie meno affidabili in termini diagnostici. Spesso sono necessari esami complementari che includono diversi parametri ematici (ferritina, vitamina B12 e folati). In circostanze particolari, per escludere l'emolisi ed effettuare una classificazione finale dell'anemia, è opportuno che vengano rilevati parametri ematologici e/o enzimatici aggiuntivi; ad esempio in caso di anemia microcitica con ferritina normale, dovrebbe essere effettuata un'indagine sulle emoglobinopatie; il deficit marziale non può essere escluso se l'Mcv è normale. Le emoglobinopatie dovrebbero essere sempre sospettate in caso di grave anemia microcitica ipocromica. La larghezza di distribuzione dei globuli rossi (Rdw) può aiutare a differenziare il deficit del ferro da altre anemie microcistiche. Per quanto riguarda le riserve di ferro, la ferritina sierica sembra essere il migliore indice di valutazione; in gravidanza una concentrazione di ferritina sierica <30 µg / L implica riserve di ferro insufficienti quindi un aumento del rischio di sviluppare carenza di ferro ed anemia. Un valore di ferritina sierica <12 µg / L implica un deficit reale di ferro; la ferritina, come proteina della fase acuta, aumenta anche durante l'infiammazione o episodi infettivi, pertanto è consigliabile dosare contestualmente anche la proteina C reattiva (Pcr). Ne deriva anche che una normale ferritina sierica non esclude il deficit di ferro in situazioni infiammatorie. Secondo la World Health Organization (Who) in gravidanza bisognerebbe assumere una dose profilattica di 30 mg di Ferro al giorno.

L'integrazione di Ferro dovrebbe essere intrapresa il prima possibile poiché riduce del 70% il rischio di anemia. Se nel corso delle valutazioni di routine si diagnostica un'anemia ferro carenziale, la dose di ferro giornaliera indicata è di 120mg/die finché il valore di emoglobina non sia pari a 11,0 g/dl. Raggiunto il target, la dose deve essere ridotta a 30-60mg/die se-



condo le necessità della gestante. Nelle aree ad elevata incidenza di anemia ferro-carenziale bisognerà iniziare con una dose profilattica di 60mg/die di ferro.

Si stima che la maggior parte delle donne incinte necessiterebbe di ferro aggiuntivo nella propria dieta e di sufficienti riserve di ferro per prevenire la carenza di ferro. I bambini nati da madri anemiche hanno maggiori probabilità di essere anemici nel post-natale ed in età pediatrica ed è stato riportato che la carenza di ferro può influenzare irreversibilmente le prestazioni cognitive e lo sviluppo e la crescita fisica del bambino anche a lungo termine.

Bassi livelli di emoglobina durante la gravidanza, indicativi di anemia moderata o grave, sono associati ad un aumentato rischio di basso peso alla nascita, ridotta lattazione, scarse interazioni comportamentali materno / infantili, depressione post-partum e aumento della mortalità fetale e neonatale.

Durante la gravidanza, il feto in crescita è vulnerabile ed è interamente dipendente dalla madre e dall'ambiente materno per le sue esigenze nutrizionali, ed è stato suggerito che le conseguenze di un'alimentazione inappropriata in utero possono estendersi all'età adulta, un fenomeno noto come "fetal programming" (Andersen 2006). Studi sui ratti hanno suggerito che la carenza di ferro durante il periodo fetale si traduce in fe-

ti più piccoli, con reni più piccoli, sia in termini assoluti che proporzionali e cardiomiopatia ipertrofica, tutti fattori che possono essere associati all'ipertensione in età adulta. Sembra esserci un intervallo ottimale per i livelli di emoglobina durante la gravidanza, poiché alte concentrazioni di emoglobina aumentano anche il rischio di peggiori outcomes gravidici come il basso peso alla nascita ed il parto prematuro.

Anche se i meccanismi sono lunghi dall'essere chiari, un basso volume plasmatico sembra precedere l'ipertensione tardiva in gravidanza che a sua volta è associata a bambini piccoli per età gestazionale e a basso peso alla nascita. Tuttavia questi risultati sono ancora incoerenti ed è stato ipotizzato che alte concentrazioni di Hb aumentino l'ematocrito, con o senza un cambiamento nel volume plasmatico, riducendo la perfusione placentare ed entrando così nel determinismo dell'ipossia placentare/fetale. Alcuni studi evidenziano che l'anemia in gravidanza è associata ad un modesto aumento del rischio di avere bambini con disturbo dello spettro autistico (Asd), disturbo da deficit di attenzione/iperattività (Adhd) e disabilità intellettiva (Id) suggerendo che l'esposizione all'anemia all'inizio della gestazione può essere negativamente associata allo sviluppo neurologico in età pediatrica. Si desume da tutto ciò la necessità dello screening e della sup-



SERGIO SCHETTINI

Direttore Uoc Ostetricia e Ginecologia Aor San Carlo di Potenza



MARIA LAURA PISATURO

Dirigente Medico Uoc Ostetricia e Ginecologia Aor San Carlo di Potenza

CONTRIBUTI SCHETTINI /
PISATURO

plementazione nelle gravide anemiche. Una Cochrane del 2015 sulla supplementazione di ferro durante la gravidanza attenta a valutare i benefici e i rischi dell'integrazione intermittente rispetto a quella giornaliera, da sola o in combinazione con acido folico o altre vitamine e minerali, suggerisce che i regimi intermittenti producano esiti materni e post-natali simili a quelli dell'integrazione giornaliera ma siano associati ad un minor numero di effetti collaterali riducendo il rischio di alti livelli di Hb a metà e fine gravidanza e, in conclusione, che la supplementazione intermittente può essere un'alternativa alla supplementazione giornaliera di ferro tra quelle donne in gravidanza che non sono anemiche e ricevono un'adeguata assistenza perinatale.

Il Tavolo Tecnico dell'Agenas sulle Linee d'indirizzo in gravidanza riguardante la prevenzione delle complicanze ostetriche pone dieci raccomandazioni, sei delle quali sono rivolte alla prevenzione dell'anemia perinatale. La correlazione tra anemia pre e post-partum e complicanze ostetriche è ben definita.

L'anemia postpartum è una complicanza frequente e potenzialmente prevenibile che ha gravi ripercussioni sul benessere materno. I dati disponibili sul ruolo dell'anemia, quale fattore di rischio per emorragia del post-partum (Epp) sono controversi e basati su prove poco robuste, ma, è riconosciuto, il suo ruolo quale fattore di rischio per trasfusioni materne. Alcuni studi in letteratura hanno individuato l'anemia tra i fattori di rischio per atonia uterina. Nel 2019 è stata pubblicata una consensus internazionale multidisciplinare sulla gestione in ostetricia delle complicanze emorragiche "Nata consensus statement" con lo scopo di fornire raccomandazioni sulla prevenzione e il trattamento dell'emorragia postpartum come parte della "Patient blood management" (Pbm) in ostetricia. Una serie di misure e metodi per mantenere un livello ottimale di emoglobina (Hb), ottimizzare l'emostasi, ridurre al minimo la perdita e limitare le trasfusioni di sangue per migliorare gli esiti.

La Pbm si basa soprattutto sull'"anticipazione", ossia sul rilevamento e correzione dell'anemia nella fase prepartum. L'anemia preoperatoria è spesso trascurata in chirurgia. L'intervento chirurgico viene spesso eseguito come pianificato e il sangue viene somministrato quando ritenuto necessario. In ostetricia c'è un'opportunità unica, ossia rilevare la carenza di ferro e l'anemia molto tempo prima di una potenziale perdita di sangue. Diversi studi valutando in popolazioni di gravide che hanno partorito vaginalmente l'incidenza e i fattori di rischio perinatali associati all'anemia del postpartum, sottolineano la necessità della gestione attiva del terzo stadio, la pratica selettiva dell'episiotomia e l'esecuzione di parti operativi solo quando strettamente necessario; queste sembrano essere misure efficaci per ridurre l'incidenza nelle pazienti a rischio dell'anemia postpartum.

05

CONTRIBUTI

Linee guida e buone pratiche clinico assistenziali

I progressi della ricerca in campo medico e biologico hanno prodotto sempre più numerose acquisizioni scientifiche e nuove conoscenze, tanto che diviene quasi impossibile per i professionisti riuscire ad essere aggiornati e preparati su tutto. Inoltre a causa dell'ampliamento delle conoscenze gli operatori sanitari devono confrontarsi con diverse possibilità risolutive a fronte di un medesimo problema, di qui la necessità di dover effettuare una scelta tra varie opzioni



VITO TROJANO

Coordinatore gruppo di lavoro Giss ginecologia oncologica Sigo e Past President Aogoi

Con la collaborazione dell'Avvocato

VANIA CIRESE

Avvocato penalista Consulente Ufficio legale Aogoi



A PARTIRE DAGLI ANNI '80 del novecento per venire incontro alle esigenze dei medici, in molti paesi cominciano ad essere emesse le cd "linee guida". La linea di tendenza si sviluppa anche in Italia con lo scopo di aiutare i professionisti ad assumere decisioni cliniche, individuando gli strumenti di cura più efficaci, tra i molti esistenti o comunque orientare le scelte degli operatori sanitari. La condivisa necessità di dotarsi dello strumento rappresentato dalle linee guida, è maturata dalla crescita esponenziale delle informazioni scientifiche che rendeva difficile orientarsi, dalle maggiori aspettative degli utenti, dalla constatata alta variabilità clinica nella gestione delle cure, dall'utilizzo non corretto di alcune procedure pur condivisibili o l'adozione di altre non validate o troppo soggettive. Le linee guida dunque sorgono sul presupposto di rendere fruibile una valutazione della qualità delle prestazioni mediche in coerenza con principi fondati e scientificamente condivisi. Esse contengono "indicazioni", attraverso cui raffrontare e validare le prestazioni. In altre parole le linee guida costituiscono utili "raccomandazioni" per orientare la pratica clinica e per garantire un elevato grado di appropriatezza dei trattamenti sanitari, riducendo il più possibile la variabilità nelle decisioni cliniche che possono essere condizionate negativamente dalla scarsità di conoscenze o dall'eccessiva soggettività della strategia terapeutica.

Lohr KN e Field MJ dell'*Institute of Medicine* di Washington nell'opera: "Guidelines for clinical practice. From development to use" forniscono una definizione delle linee guida condivisa da più parti, dovendosi intendere per "linee guida", "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opzioni scientifiche, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche".

In ultima analisi può affermarsi che le linee guida raccolgono evidenze scientifiche oggettive e identificano ipotesi di condotte virtuose idonee a garantire la qualità e la sicurezza dei trattamenti sanitari. E' interessante notare che le linee guida presentano una o più modalità comportamentali rispetto ad uno specifico problema, non necessariamente indicando un'univoca strategia di intervento. Ciò perché le "raccomandazioni" traducono le evidenze scientifiche oggettive fon-

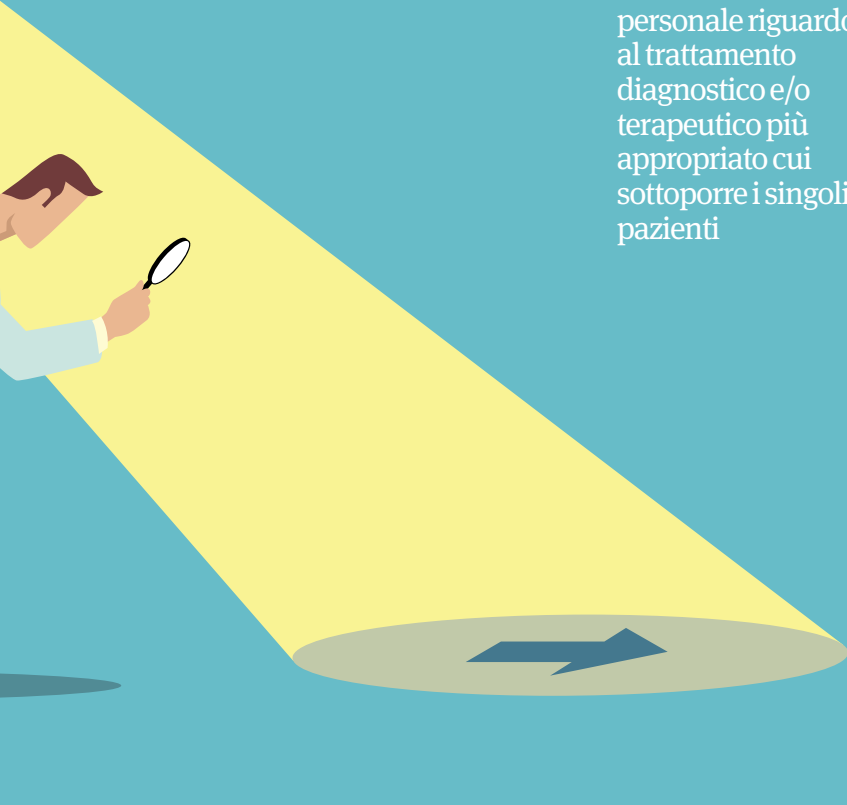


date sulla letteratura medica, in possibili condotte che poi i soggetti o le organizzazioni devono scegliere di applicare nell'ambito delle proprie realtà. Per queste caratteristiche le "linee guida" si distinguono dalle procedure operative e dai protocolli descrittivi in modo vincolante e in dettaglio di sequenze di attività, da mettere in atto senza varianti. Atteso che le linee guida svolgono la funzione di offrire agli operatori delle indicazioni di esito e di processi per monitorare l'attività clinica e per individuare modelli comportamentali condivisi e idonei a garantire standard elevati di qualità e sicurezza, è necessario poi che detti "indicatori", contenuti nelle linee guida siano seguiti da altri strumenti più operativi per la concreta collocazione nelle diverse realtà, ossia dai cd "processi diagnostico-terapeutici" che costituiscono l'adattamento delle linee guida alle realtà locali e alle conseguenti singole caratteristiche tecnico-organizzative. La diffusione delle linee guida è iniziata negli Stati Uniti a partire dagli anni '70 e ha avuto un implemento decisivo con l'affermarsi della "evidence based medicine"

pratiche

“

Le linee guida costituiscono un valido ausilio e uno strumento flessibile a disposizione degli esercenti le professioni sanitarie, il Legislatore pone in evidenza come questi ultimi siano tenuti ad effettuare una valutazione personale riguardo al trattamento diagnostico e/o terapeutico più appropriato cui sottoporre i singoli pazienti



(Ebm). A livello internazionale esistono diversi Istituti che hanno il compito di emettere linee guida: il *National Institute for Health care and Clinical Excellence* (Nice) e lo *Scottish Intercollegial guidelines network* (SIGN) nell'UK, la *National Guidelines Clearinghouse* (NGC) in America, la *Clinical Guidelines* (MJA) in Australia ecc. In Italia l'introduzione delle linee guida risale agli anni novanta. Significativo è stato il Piano Nazionale linee guida 1998-2000 introdotto con il DL 229/1999 coordinato dall'Istituto Superiore di sanità e dall'Agenas. Da ricordare è anche il Decreto del Ministro della Salute del 30 giugno 2004 con cui è stato poi istituito il Sistema Nazionale Linee Guida, per assicurare il raccordo delle Istituzioni che operano a livello centrale.

La natura di "raccomandazioni" e assenza di vincolatività delle linee guida si ricava dallo stesso Piano Nazionale in materia, identificato come "strumento per l'esplicitazione delle alternative possibili e delle relative diverse possibilità di successo clinico". Dette alternative devono essere apprezzate in relazione agli obiettivi e alle priorità

locali ed ivi applicate con i necessari adattamenti. La diffusione e il successo delle guidelines sono riconducibili a vari ordini di ragioni: l'esigenza di contenere la spesa ospedaliera, il desiderio di razionalizzazione la conoscenza scientifica e di semplificare l'accesso per gli operatori sanitari, la rapidità del flusso dei dati per i significativi progressi scientifici, che obbliga ad assicurare una tempestiva fruizione delle conoscenze.

Fin dall'inizio i redattori delle linee guida sono stati operatori della sanità o Società Scientifiche, cui si richiede una metodologia di produzione e un modello di validazione assolutamente rigoroso. L'obiettivo primario della diffusione è accompagnato da uno secondario ma non meno importante, costituito dalla validazione dopo la redazione, per mettere in condizione i clinici e le organizzazioni di analizzare i documenti pubblicati e valutarli per una scelta consapevole.

In questo clima di straordinaria necessità, la legge 24/2017 torna a riprendere il tema delle linee guida con l'obiettivo di riordinare la materia per giungere a contenuti normativi più chiari, eliminando le ambiguità del passato.

All'art. 5 la legge Gelli dispone: *"Gli esercenti le professioni sanitarie si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle Società Scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco ... In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali"*.

Si fa chiarezza dunque sull'identità dei redattori delle linee guida, individuando i precisi soggetti in luogo della generica e non meglio identificata "comunità scientifica" dell'abrogato articolo della legge Balduzzi. Si valorizza il requisito della necessaria affidabilità dei soggetti erogatori delle linee guida, attestata dall'iscrizione ad apposito elenco istituito, regolamentato e aggiornato dal ministero della Salute. Si stabilisce la condizione che gli erogatori delle linee guida soddisfino precisi requisiti per l'iscrizione e il mantenimento nell'elenco. Le linee guida sono pubblicate, premiando un criterio di trasparenza e sono distinte dalle buone pratiche clinico assistenziali, da osservarsi in via gradata, ossia in mancanza delle raccomandazioni contenute nelle linee guida e quindi con una funzione di supplenza.

Il primo comma dell'art. 5, nel prevedere l'adesione da parte dei professionisti sanitari che effettuano prestazioni con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, alle raccomandazioni previste dalle linee guida o, in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali, fa *"salve le specificità del caso concreto"*.

Nell'intento del Legislatore l'adozione di regole di condotta clinica codificate e condivise, basate sugli studi scientifici più aggiornati, si configura come un valido sistema per orientare i professionisti sanitari a fronte della vasta letteratura medico-scientifica proveniente da diverse fonti e relativa alle medesime tematiche, così da garantire appropriatezza e sicurezza delle cure.

Cionondimeno, come si è detto, l'obbligo di conformità alle linee guida non può comportare la cancellazione della libertà, dell'indipendenza e dell'autonomia decisionale e operativa degli esercenti le professioni sanitarie nella pratica clinica. Né, sotto altra prospettiva, le linee guida, se correttamente interpretate e applicate, deresponsabilizzano i professionisti sanitari, i quali devono essere in grado di motivare e documentare la scelta delle prestazioni di diagnosi e di cura, non essendo concepibile l'autonomia professionale sen-

za responsabilità che, in senso ampio, significa anche congrua motivazione delle scelte compiute. Ogni caso clinico è un caso a sé stante per tipicità e complessità, mentre le linee guida contengono raccomandazioni di portata generale, che fanno riferimento ad un paziente "astratto" e a procedure standardizzate, da riportare, pertanto, indefettibilmente alle particolarità dei singoli casi clinici e alle caratteristiche individuali di ciascun paziente.

Non vi è dubbio che qualunque patologia presenti peculiarità in relazione al suo esordio e alla sua evoluzione, che può essere inconsueta, tanto che il professionista sanitario può trovarsi costretto a modificare la procedura diagnostico-terapeutica programmata e/o già intrapresa.

Se, dunque, le linee guida costituiscono un valido ausilio e uno strumento flessibile a disposizione degli esercenti le professioni sanitarie, il Legislatore pone in evidenza come questi ultimi siano tenuti ad effettuare una valutazione personale riguardo al trattamento diagnostico e/o terapeutico più appropriato cui sottoporre i singoli pazienti, con chiari effetti in termini di miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate, quanto ad efficacia e appropriatezza.

Perché possa conseguirsi un effettivo miglioramento alla qualità delle prestazioni sanitarie occorre, in altri termini, "calare" le linee guida negli specifici contesti assistenziali, individuando e analizzando quali sono i fattori che, all'interno di ciascun ambito applicativo, costituiscono un ostacolo all'adozione delle raccomandazioni ivi previste e sviluppando, al contempo, gli strumenti appropriati per incentivare il loro corretto utilizzo.

Va da sé, d'altra parte, che sarebbe inammissibile – a maggior ragione a seguito della "consacrazione" da parte del Legislatore delle linee guida sin dal 2012, con la "Legge Balduzzi" – l'esecuzione di prestazioni sanitarie esclusivamente sulla base delle conoscenze ed esperienze cliniche del medico, disattendendo raccomandazioni fondate sulle evidenze scientifiche.

E così, anche se mediante le linee guida è possibile individuare la condotta astrattamente appropriata in rapporto a una determinata situazione clinica, l'esercente la professione sanitaria, anche dopo l'entrata in vigore della "legge Gelli", potrà ritenere più adeguato rispetto alla fattispecie concreta e, dunque, potrà decidere di seguire un iter diagnostico e/o terapeutico differente e alternativo, a condizione che tale iter sia attualmente valido e ne sia dimostrata l'appropriatezza, ovvero sussista una controindicazione all'adozione delle raccomandazioni disattese.

Non applicare le raccomandazioni contenute nelle linee guida può rivelarsi, dunque, non solo possibile, ma persino doveroso quando la loro meccanica applicazione risulterebbe controproducente in considerazione delle peculiarità del caso specifico.

Ciò presuppone che i professionisti sanitari dispungano delle competenze e delle conoscenze necessarie per un utilizzo critico e ragionato delle linee guida nella pratica quotidiana e nei vari contesti assistenziali.

Permane, tuttavia, il rischio di una passiva adesione alle linee guida, con una riduzione, *de facto*, dell'autonomia decisionale dei medici che – al pari degli altri professionisti sanitari – devono, secondo scienza e coscienza, assumere le decisioni più appropriate a tutela della salute del paziente, quale preminente bene costituzionalmente garantito.

Ancor prima dell'intervento legislativo, autorevole dottrina ha messo in evidenza le conseguenze

SIGO 2020

13-16 dicembre | online edition

La ginecologia in Italia e nel mondo nell'era post Covid

programma scientifico

Presidenti

Antonio Chiantera
Elsa Viora
Nicola Colacurci
Sandro Viglino



95° Congresso Nazionale



60° Congresso Nazionale



27° Congresso Nazionale



3° Congresso Nazionale

comitati

comitati

Presidenti del Congresso

Prof. Antonio Chiantera
Dr.ssa Elsa Viora
Prof. Nicola Colacurci
Dr. Sandro Viglino

Comitato Scientifico

Claudio Crescini
Nicola Colacurci
Fabio Facchinetti
Enrico Maria Ferrazzi
Massimo Franchi
Ezio Fulcheri
Roberto Jura
Anna Maria Paoletti
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Elsa Viora

Segreteria Organizzativa

.TriumphGroup
experience.emotion.events
Triumph Italy S.r.l.
Via Lucilio,60 – 00136 Roma
Tel. +39 06 35530204
sigo2020@thetriumph.com
sigo2020.sigo.it

Provider ECM

Triumph Italy S.r.l.
ID 6213

sinottica

sinottica

domenica 13 dicembre

AULA 1		AULA 2	AULA 3	AULA 4
09:00-13:30	Corso pre congressuale - Vulvaforum			
10:00-13:30		RIUNIONE SCCAL		
17:00-17:30	Cerimonia Inaugurale			
17:30-18:30				
18:30-20:00				

lunedì 14 dicembre

09:00-09:30	S01 - Dolore Pelvico Cronico	S05 - Maternità Responsabile: le scelte nelle varie età della donna	CD1 - CHIRURGIA IN DIRETTA			
09:30-10:00						
10:00-10:30						
10:30-11:00						
11:00-11:30						
11:30-12:00	S02 - Chirurgia Robotica					
12:00-12:30						
12:30-13:00						
13:00-13:30		S06 - Il parto pretermine				S09 Problematiche del distretto vulvovaginale. Infezioni, Atrofia e Sfera Sessuale in menopausa: quali correlazioni?
13:30-14:00	S03 - Vaccinazione nella donna					
14:00-14:30						
14:30-15:00						
15:00-15:30	S04 - Assistenza alla perdita perinatale e COVID-19					
15:30-16:00		S07 - Comunicare la perdita				
16:00-16:30	S01 - LE DONNE PARLANO Incontri in diretta di donne, coordinati da A. Manduca Donna e desiderio di maternità					
16:30-17:00						
17:00-17:30		S08 - Gyneco Young		S10 - Vaccini		
17:30-18:00						
18:00-18:30				S11 Dalla Vaccinazione alle nuove terapie oncologiche: il ruolo del ginecologo nell'era post-covid		
18:30-19:00						

sinottica

sinottica

martedì 15 dicembre

	AULA 1	AULA 2	AULA 3	AULA 4	
09:00-09:30	S12 - Terapia fetale	S15 - Anemie in gravidanza	CD2 - CHIRURGIA IN DIRETTA		
09:30-10:00					
10:00-10:30	S13 - SIGO -FNOPO La Cardiotocografia nel monitoraggio del benessere fetale	S16 - Reproyoung			
10:30-11:00					
11:00-11:30					
11:30-12:00					
12:00-12:30	S17 - L'Isterectomia per patologia benigna				
12:30-13:00					
13:00-13:30	S14 - Chirurgia Mininvasiva: il Mioma Uterino				
13:30-14:00					
14:00-14:30	S102 - LE DONNE PARLANO Incontri in diretta di donne, coordinati da A. Manduca La vita dopo la menopausa				
14:30-15:00					
15:00-15:30					
15:30-16:00					
16:00-16:30	S18 - Congresso Italo-Argentino	S19 - Lettura + discussione Induzione del travaglio di parto: nuove evidenze e prospettive future			
16:30-17:00					
17:00-17:30	Assemblea AOGOI		Assemblea AGITE		
17:30-18:00					
18:00-18:30	Assemblea SIGO				
18:30-19:00					
19:00-19:30	Assemblea AGUI				
19:30-20:00					

mercoledì 16 dicembre

08:00-08:30	Q01 - SESSIONE Q/A GISS Uroginecologia	S20 - High light in PMA	S24 - Preservazione della fertilità	
08:30-09:00	Q02 - SESSIONE Q/A GISS gravidanza a basso rischio			
09:00-09:30	Q03 - SESSIONE Q/A GISS oncologia ginecologica	S21 - La gravidanza Gemellare	S25 - Endometriosi e qualità di vita	
09:30-10:00				
10:00-10:30	Q04 - SESSIONE Q/A GISS basso tratto genitale	S22 - Ritardo di crescita intrauterino	S26 - SIGO-AOGOI e Le problematiche Medico Legali	
10:30-11:00				
11:00-11:30	Q05 - SESSIONE Q/A GISS patologia della placenta	S23 - Near Miss e mortalità materna	S27 - L'induzione del travaglio di parto	
11:30-12:00				
12:00-12:30	Q06 - SESSIONE Q/A GISS chirurgia ostetrica			
12:30-13:00				
13:00-13:30	Q07 - SESSIONE Q/A GISS menopausa			
13:30-14:00				
14:00-14:30	Q08 - SESSIONE Q/A GISS endocrinologia			
14:30-15:00				
15:00-15:30	Q09 - SESSIONE Q/A GISS medicina della riproduzione			
15:30-16:00				
16:00-16:30	Q10 - SESSIONE Q/A GISS diagnosi prenatale			
16:30-17:00				
17:00-17:30				
17:30-18:00				

Corso precongressuale non ECM

domenica 13 dicembre

VULVAFORUM



Aula 1

CORSO PRE-CONGRESSUALE - VULVAFORUM

Introduce: **Paola Salzano (Napoli), Paolo Antonio Ascierio (Napoli)** - (il Covid oggi)

INFEZIONI

- 09:15 Herpes Vulvari, Ruolo degli Antierpetici Locali e Sistemici, Schemi di Terapia
Stefano Astorino (Roma)
- 09:30 Sifilide e gonorrea: malattie antiche, nuove inquietudini. Come ottimizzare diagnosi e cura
Pompeo D'Onofrio (Napoli)
- 09:45 Le infezioni suppurative vulvari: follicoliti, bartoliniti, ascessi
Pietro Lippa (Roma), Paola Salzano (Napoli)
- 10:00 Colposcopia e vulvosocopia nelle infezioni cervico vaginali e vulvari: dalle lesioni alla diagnosi
Giovanni Miniello (Bari)

ATROFIA VULVO VAGINALE E DOLORE

- 10:15 Sindrome Genito-Urinaria della Menopausa: necessita' del benessere
Paola Salzano (Napoli)
- 10:30 Atrofia Vulvo-Vaginale e Dispareunia: Ruolo del Testosterone Locale e degli Altri Ormoni Sessuali
Alessandra Graziottin (Milano)
- 10:45 Atrofia vulvo - vaginale e dispareunia. Ruolo della terapia fisica: laser, elettroterapie. Varie metodiche a confronto
Filippo Murina (Milano)
- 11:00 Atrofia vulvo - vaginale e dispareunia - invecchiamento cutaneo ruolo dell'acido ialuronico e degli altri iniettivi
Elena Fasola (Milano)

DERMATOLOGIA VULVARE

- 11:15 Patologia infiammatoria anale e perianale. Condilomi ed altre lesioni da HPV. Linee guida e protocolli terapeutici
Maria Gabriella Grosso (Roma)
- 11:30 Patologia del Clitoride
Pietro Lippa (Roma)

- 11:45 Lesioni cutanee e mucose da covid
Gabriella Fabbrocini (Napoli)
- 12:00 Interventi di chirurgia vulvare
Franco Anglana (Roma)

PATOLOGIA VULVO-VAGINALE E PREVENZIONE ONCOLOGICA

- 12:15 Lesioni pigmentarie vulvo-vaginali e perianali
Giuseppe Argenziano (Napoli)
- 12:30 Lichen vulvari a rischio di precancerosi
Paolo Inghirami (Roma)
- 12:45 Vain e tumori vaginali dalla clinica all' approccio terapeutico
Francesco Sopracordevole (Aviano-Pordenone)
- 13:00 HPV: trattamento delle lesioni displastiche cervico-vaginali e vulvari. ruolo dei vaccini
Stefano Greggi (Napoli)

riunione non ECM

domenica 13 dicembre

RIUNIONE SCCAL**LA MORTE ENDOUTERINA DEL FETO (MEF)
CAUSE, FATTORI DI RISCHIO, PREVENZIONE E ASPETTI MEDICO LEGALI**

Presidenti SCCAL
E. Cicinelli, M. Passaro
Segreteria scientifica SCCAL
G. Mainini, P. De Franciscis

I SESSIONE

Presidenti: **E. Cicinelli (Bari), Esposito Eutalia (Castellammare di Stabia)**
Moderatori: **Maria Rita Corina (Matera), Isabella Rosalbino (Lamezia Terme)**
10.:00 Definizione, frequenza e fattori di rischio
Antonio Mollo (Salerno) CAMPANIA
10:20 Cause materne
Vittoria Del Vecchio (Matera) BASILICATA
10:40 Cause fetali
Rita Mocchiari (Rossano) CALABRIA
11:00 Condotta in sala parto "prima, durante e dopo":
ruolo dell'ostetrica
Antonietta D'Alessio (Napoli) CAMPANIA
Discussant: **Salvatore Paribello (Napoli), Gaetano Riemma (Napoli)**

11:20 Lectio magistralis
Aspetti medico legali nella gestione della morte endouterina del feto (MEF)
Aniello Di Meglio (Napoli)

II SESSIONE

Presidenti: **Giampaolo Mainini (Napoli), M. Passaro (Napoli)**
Moderatori: **Maria Gabriella De Silvio (Salerno), Bianca Maria Di Maio (Altamura)**
12:00 Management della gravidanza con pregressa MEF
Agostino Menditto (Napoli) CAMPANIA
12:20 Aspetti anatomopatologici
Resta Leonardo (Bari) PUGLIA
Discussant: **Giovanni Falcicchio (Bari), Antonio Schiattarella (Napoli)**

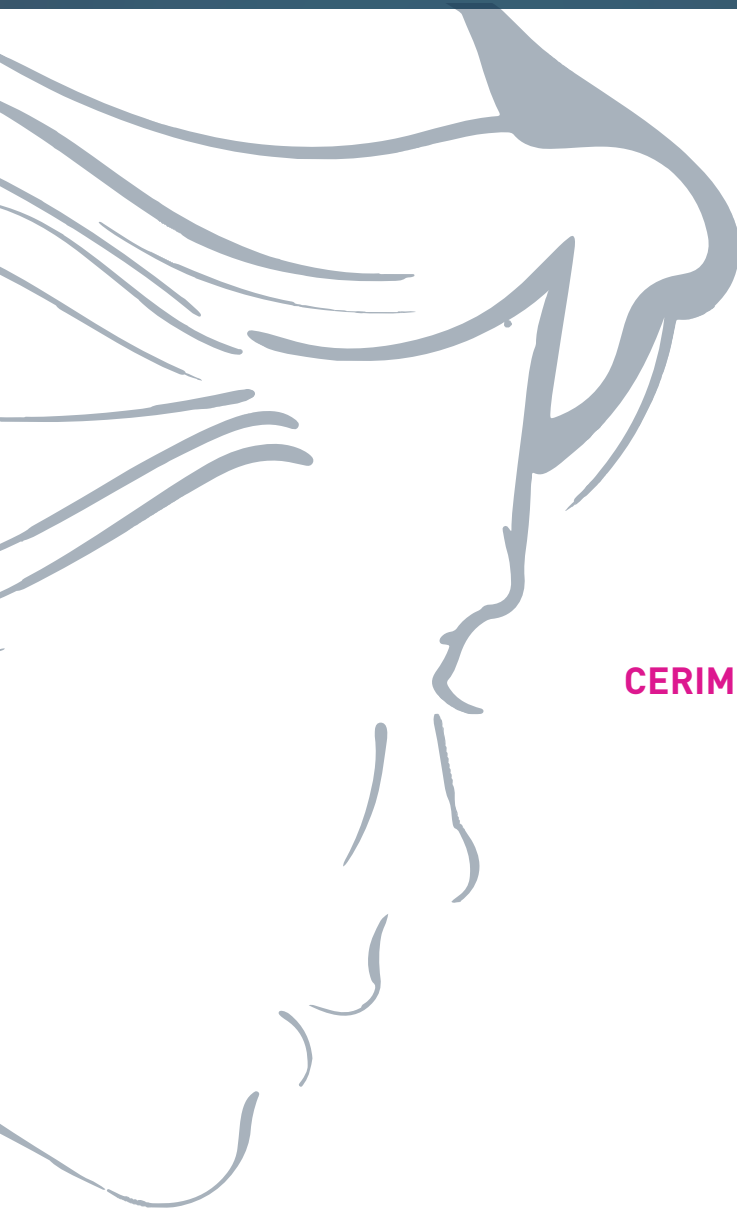
12:40 Tavola Rotonda: "Una panoramica a 360 gradi: la parola agli esperti"

Conducono: **Santangelo Caudio (Napoli), Renato Tesauo (Napoli)**

Intervengono: **Sabino Laudadio (Napoli)** Avvocato
Giovanni Ruggiero (Napoli) Ginecologo Campania
Paolo Panetta (Matera) Ginecologo Basilicata
Domenico Corea (Catanzaro) Ginecologo Calabria
Giulia Caradonna (Bari) Ginecologo Puglia

Cerimonia inaugurale

domenica 13 dicembre



CERIMONIA INAUGURALE

17:00

Cerimonia Inaugurale

Saluto del Presidente SIGO

Antonio Chiantera (Napoli)

Intervento del Ministro della Salute Roberto Speranza

17:30-18:30

Lecture Magistrali

Introduce: **Sandro Viglino (Genova)**

17:30 Modelli per descrivere, predire e controllare le epidemie: il caso COVID 19 in Italia

Giulia Giordano (Trento)

Introduce: **Elsa Viora (Torino)**

18:00 COVID e gravidanza in Italia

Serena Donati (Roma)

18:30-19:30

DENATALITÀ: RUOLO DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE tavola rotonda

Introduce: **Nicola Colacurci (Napoli)**

Moderata: **Luca Gianaroli (Bologna)**

ASRM – American Society for Reproductive Medicine

Catherine Racowsky (USA)

ESHRE European Society of Human Reproduction and Embryology

Cristina Magli (Bologna)

IFFS International Federation of Fertility Societies

Linda Giudice (USA)

SIGO – Società Italiana di Ginecologia e ostetricia

Elsa Viora (Torino)

Aula 1

09:00-11:00

DOLORE PELVICO CRONICO

- Moderatori: **Peppi Giangavino (Olbia), Valentino Remorgida (Novara)**
- 09:00 Epidemiologia e impatto sociale: difficoltà della comunicazione del dolore. Il punto di vista delle donne
Monica Santagostini - Presidente AENDO (Milano)
- 09:15 L'età fertile e il dolore pelvico cronico: counselling e percorsi diagnostici
Emilio Stola (Taranto)
- 09:30 Personalizzazione della terapia medica
Paolo Vercellini (Milano)
- 09:45 C'è spazio per le terapie non tradizionali?
Maurizio Guida (Napoli)
- 10:00 Il dolore pelvico cronico: l'iter diagnostico-terapeutico
Giorgio Galizia (Bologna)
- 10:15 Il dolore pelvico cronico: esiste un approccio chirurgico?
Paolo Petruzzelli (Torino)
- 10:30 Discussione
Discussant: **Davide De Vita (Napoli), Giampaolo Mainini (Napoli)**

11:30-13:00

LA CHIRURGIA ROBOTICA

- Moderatori: **Vanna Zanagnolo (Milano), Enrico Vizza (Roma)**
- 11:30 La chirurgia robotica nella patologia ginecologica benigna: rapporto costi/benefici
Vito Cela (Siena)
- 11:45 Ruolo della chirurgia robotica in ginecologia oncologica: stato dell'arte e prospettive future
Liliana Mereu (Trento)
- 12:00 Chirurgia robotica ultra mini-invasiva: caratteristiche e differenze
Giuseppe Bifulco (Napoli)
- 12:15 Nuove piattaforme robotiche e loro applicazione in ginecologia
Daniela Surico (Novara)
- 12:30 I percorsi formativi in chirurgia robotica
Salvatore Gueli Alletti (Roma)
- 12:45 Discussione

13:30-15:00

VACCINAZIONE NELLA DONNA

- Moderatori: **Mario Massacesi (Senigallia), Massimo Origoni (Milano)**
- 13:30 Il ruolo delle vaccinazioni e dell'anamnesi infettivologica nel periodo preconcezionale
Alessandra Meloni (Cagliari)
- 13:45 Sicurezza delle vaccinazioni
Catia Borriello (Milano)
- 14:00 Vaccinare per influenza in gravidanza: proteggere la mamma e proteggere il feto/neonato
Maurizio Silvestri (Perugia)
- 14:15 Vaccinazione per pertosse in gravidanza: benefici per il neonato
Alessandra Coscia (Torino)
- 14:30 La vaccinazione HPV: stato dell'arte
Carlo Maria Stigliano (Cosenza)
- 14:45 Discussione
Discussant: **Franco Doganiero (Campobasso), Ezio Bergamini (Modena)**

15:00 - 16:00

ASSISTENZA ALLA PERDITA PERINATALE E COVID-19

- Moderatore: **Giovanni Fattorini (Bologna), Ludovico Muzii (Roma)**
- 15:00 COVID-19 in gravidanza e post-partum
Fabio Facchinetti (Modena)
- 15:15 Continuity of care, perdita perinatale e psicopatologia durante la pandemia COVID-19
Alfredo Vannacci (Firenze)
- 15:30 Gestione di puerperio e follow-up in caso di perdita durante la pandemia
Antonella Tarantino (Roma)
- 15:45 Discussione

16:00-18:00

LE DONNE PARLANO

- Incontri in diretta con le donne
Donna e desiderio di maternità
Valeria Dubini, Anna Maria Marconi, Eleonora Porcu, Fabrizio Taddei

Aula 2

09:00-11:30

MATERNITÀ RESPONSABILE: LE SCELTE NELLE VARIE ETÀ DELLA DONNAModeratori: **Eleonora Coccollone (Cagliari), Anna Maria Marconi (Milano)**

- 09:00 Decision making riproduttivo e suoi determinanti
Nicola Colacurci (Napoli), Erika Pittana (Napoli)
- 09:15 L'educazione sentimentale e sessuale dell'adolescente
Metella Dei (Firenze)
- 09:30 Fertilità e riserva ovarica: stili di vita, stress, alimentazione
Paola Anserini (Genova)
- 09:45 MST e impatto riproduttivo
Sandro Gerli (Perugia)
- 10:00 La contraccezione ormonale oggi
Giulia Mortara (Torino)
- 10:15 Contraccezione a lungo termine
Barbara Del Bravo (Firenze)
- 10:30 Efficacia e uso appropriato della contraccezione intrauterina
Attilio Di Spiezio (Napoli)
- 10:45 Come cambia il percorso IVG con la nuova legislazione
Giovanna Scassellati (Roma)
- 11:00 Il ruolo dei consultori familiari
Daniela Fantini (Milano)
- 11:15 Discussione
- Discussant: **Valter Adamo (Treviso), Mario Passaro (Napoli)**

12:00-14:30

PARTO PRETERMINEModeratori: **Andrea Ciavattini (Ancona), Mario Vicino (Bari)**

- 12:00 Epidemiologia del parto pretermine in Italia
Chiara Benedetto (Torino)
- 12:15 Screening nei differenti trimestri attualità e prospettive future
Giancarlo Conoscenti (Catania)
- 12:30 Trattamento farmacologico vs trattamenti chirurgico
Tiziana Frusca (Parma)
- 12:45 Indicazioni e controindicazioni al trasporto in utero (STAM)
Gianfranco Jorizzo (Padova)
- 13:00 Le condizioni di alta prematurità, patofisiologia e tipo di parto
Marco Bonito (Roma)

- 13:15 L'assistenza al neonato pretermine: ruolo delle terapie intensive neonatali e del trasporto neonatale
Gina Ancora (Rimini)
- 13:30 Il neonato in TIN: il vissuto dei genitori in epoca COVID
Giovanna Bestetti (Milano), Monica Ceccatelli (Associazione Vivere Onlus)
- 14:00 Discussione
- Discussant: **Anna Marcozzi (Teramo), Franco Marincolo (Cosenza)**

14:30-15:30

COMUNICARE LA PERDITAModeratore: **Claudio Santangelo (Napoli), Antonella Vimercati (Bari)**

- 14:30 Dimettere la coppia con feto morto
Francesca Monari (Modena)
- 14:45 Empatia e comunicazione nella perdita perinatale
Claudia Ravaldi (Firenze)
- 15:00 Le parole da non dire
Giovanna Bestetti (Milano)
- 15:15 Discussione

15:30-18:00

Sessione GINECO YOUNGModeratori: **Stefano Cianci (Napoli), Giuseppe Vizzielli (Roma)**

- 15:30 Algoritmo diagnostico nella selezione delle pazienti con carcinoma ovarico avanzato candidabili a chirurgia primaria
Marco Petrillo (Cagliari)
- 15:45 Fertility-sparing nel carcinoma ovarico
Luigi Turco (Roma)
- 16:00 Linfonodo sentinella nel carcinoma endometriale: tecniche di identificazione e ruolo prognostico
Stefano Restaino (Roma)
- 16:15 Fertility-sparing nel carcinoma endometriale
Lavinia Mosca (Napoli)
- 16:30 Fertility-sparing nel carcinoma della cervice uterina early-stage
Luigi Pedone Anchora (Roma)
- 16:45 Malformazioni Uterine: diagnosi e trattamento
Ursula Catena (Roma)
- 17:00 Ruolo della chirurgia nell'endometriosi profonda
Diego Raimondo (Bologna)
- 17:15 Discussione

Aula 3

09:00-18:00

CHIRURGIA IN DIRETTA DA POLICLINICO GEMELLI - ROMA

- Moderatore: **Giovanni Scambia (Roma)**
 Promontosacropessi LPS
Giuseppe Campagna (Roma), Alfredo Ercoli (Messina)
 Eradicazione LPS endometriosi profonda
Mario Malzoni (Avellino)
 Stadiazione LPS K Endometrio
Stefano Cianci (Napoli)
 Isterectomia radicale per K Cervice
Vito Chiantera (Palermo)

Aula 4

13:00-14:00

PROBLEMATICHE DEL DISTRETTO VULVOVAGINALE: INFEZIONI, ATROFIA E SFERA SESSUALE IN MENOPAUSA: QUALI CORRELAZIONI?

- Moderatore: **Antonio Cianci (Catania)**
 13:00 Infezioni vulvovaginali ricorrenti e Atrofia: conseguenza o casualità?
Filippo Murina (Milano)
 13:10 Sintomi e Disturbi della sfera sessuale correlati all'Atrofia vulvovaginale
Salvatore Caruso (Catania)
 13:20 Gestione della paziente con Atrofia vulvovaginale: alleanza Donna e Ginecologo, comunicazione anche da remoto
Rossella Nappi (Pavia)
 13:40 Nuovo Trattamento Non-Ormonale dei sintomi dell'Atrofia vulvovaginale: evidenze scientifiche pre-cliniche e cliniche
Francesco De Seta (Trieste)
 13:50 Discussione

17:00-18:00

VACCINI

- Moderatore: **Gennaro Cormio (Bari), Bianca Di Maio (Altamura - BA)**
 17:00 L'importanza della programmazione dei fabbisogni di vaccini
Barbara Lasagna (Roma)
 17:15 Il ruolo dell'industria farmaceutica nel contrasto all'antimicrobico-resistenza
Loredana Bergamini (Roma)
 17:30 Discussione

18:00-19:00

DALLA VACCINAZIONE ALLE NUOVE TERAPIE ONCOLOGICHE: IL RUOLO DEL GINECOLOGO NELL'ERA POST-COVID

- Moderatore: **Giovanni Scambia (Roma)**
 18:00 Proteggere il neonato dalla pertosse: perché è importante la vaccinazione nella donna in gravidanza
Irene Cetin (Milano)
 18:10 Decisione consapevole alla vaccinazione: il consiglio del ginecologo
Elsa Viora (Torino)
 18:20 Discussione
 18:30 Garantire trattamenti innovativi in oncoginecologia nell'era covid
Rossana Berardi (Ancona)
 18:50 Discussione

Aula 1

09:00-11:00

TERAPIA FETALE

- Moderatori: **Pietro Bagolan (Roma), Ambra Iuculano (Cagliari)**
- 09:00 Terapia chirurgica sugli annessi ovarici
Mariano Lanna (Milano)
- 09:20 Terapia chirurgica sul feto
Nicola Persico (Milano)
- 09:40 Terapie infusionali e mediche al feto
Francesco d'Antonio (Chieti)
- 10:10 Effetti fetali di terapie materne
Fabrizio Taddei (Rovereto)
- 10:30 Terapie chirurgiche neonatali
Giovanna Riccipetoni (Milano)
- 10:50 Discussione
- Discussant: **Domenico Corea (Catanzaro), Paolo Volpe (Bari)**

11:30-14:00

SIMPOSIO SIGO-FNOPO LA CARDIOTOCOGRAFIA NEL MONITORAGGIO DEL BENESSERE FETALE

- Moderatori: **Mario Campogrande (Torino), Maria Vicario (Napoli)**
- 11:30 **LETTURA MAGISTRALE** I principi di interpretazione del tracciato
Edwin Chandharan (Londra)
- 12:00 Il tracciato CTG antepartale: validità e limiti
Paola Schiraldi (Napoli)
- 12:15 Il tracciato computerizzato: indicazioni e limiti
Marco La Verde (Napoli)
- 12:30 La CTG in continuo ed in travaglio. Indicazioni assolute
Denise Rinaldo (Bergamo)
- 12:45 Identificazione dei tracciati non rassicuranti
Laura Giacomini (Roma), Maria Stella Scorzolini (Roma)
- 13:00 Ambiti di responsabilità delle diverse figure professionali
Pasquale Pirillo (Cosenza)
- 13:15 Il monitoraggio in sala parto: presente e futuro
Herbert Valensise (Roma)
- 13:30 Discussione: **Rosalba Giacchello (Mondovì- CN)**

14:00-16:00

CHIRURGIA MININVASIVA: IL MIOMA UTERINO

- Moderatori: **Francesco Barletta (Pozzuoli - NA), Rosario D'Anna (Messina)**
- 14:00 Iter diagnostico ed indicazioni terapeutiche
Luigi Cobellis (Caserta)
- 14:15 Terapia medica: quando
Roberto Marci (Ferrara)
- 14:30 La miomectomia isteroscopica
Ivano Mazzon (Roma)
- 14:45 Esiste una miomectomia office?
Stefano Bettocchi (Bari)
- 15:00 Miomectomia laparoscopica
Luigi Nappi (Foggia)
- 15:15 Miomectomia e modalità del parto
Giuseppe De Francesco (Napoli)
- 15:30 Discussione

16:00-18:00 LE DONNE PARLANO

- Incontri in diretta con le donne
La vita dopo la menopausa
Angela Maria Becorpi, Mario Gallo, Rossella Nappi, Francesca Nocera

Aula 2

9:00-11:00

ANEMIE IN GRAVIDANZA

- Moderatori: **Maria Rosaria D'Anna (Palermo), Vincenzo Maritati (Genova)**
- 09:00 Adattamenti ematologici in gravidanza e criteri di diagnosi di anemia
Luca Marozio (Torino)
- 09:15 Il ruolo dell'alimentazione in gravidanza e le condizioni di rischio
Fabiana Savoia (Napoli)
- 09:30 Emoglobinopatie in gravidanza: quale atteggiamento
Elena Mantovani (Verona)
- 09:45 Anemia in gravidanza e rischio intrapartum
Sergio Schettini (Potenza), Maria Laura Pisaturo (Potenza)
- 10:00 Il ruolo dei folati
Massimo Stomati (Brindisi)
- 10:15 Terapia marziale in gravidanza: quale supplemento per quale donna
Romolo Di Iorio (Roma)

sessioni live non ECM

martedì 15 dicembre

10:30 Gestione dell'anemia nel post-partum: nutrizione e supplementazione

Giovanni Di Vagno (Bari)

10:45 Discussione: **Andrea Amadori (Forlì)**

11:00-13:00**SESSIONE REPRO YOUNG – OPEN QUESTION IN ART**

Moderatori: **Paolo Levi Setti (Milano), Carla Maria Santarsiero (Bari)**

11:00 C'è ancora spazio per lo scratching endometriale?

Amerigo Vitagliano (Padova)

11:15 Social freezing: mito o reale opportunità?

Roberta Venturella (Catanzaro)

11:30 Gameti crioconservati per la preservazione della fertilità: vengono utilizzati?

Valentina Immediata (Milano)

11:45 Infertilità inspiegata e ovarian aging: è la IVF la risposta?

Andrea Carosso (Torino)

12:00 Gravidanza in età riproduttiva avanzata, quali rischi?

Francesca Caprio (Napoli)

12:15 La PGS – quale reale vantaggio nelle tecniche di PMA?

Alberto Vaiarelli (Roma)

12:30 Discussione

13:00-15:00**L'ISTERECTOMIA PER PATOLOGIA BENIGNA**

Moderatori: **Giuseppe Canzone (Termini Imerese - Palermo), Franco Odicino (Brescia)**

13:00 Indicazioni e vie di accesso

Errico Zupi (Roma)

13:15 Isterectomia vaginale oggi

Stefano Angioni (Cagliari)

13:30 Isterectomia laparoscopica

Jvan Casarin (Varese)

13:45 Gli accessi laparoscopici: strategie di accesso

Federico Ferrari (Brescia)

14:00 Isterectomia laparotomica: attuali indicazioni

Renato Tesauro (Napoli)

14:15 La conservazione dell'utero quando, come

Alfredo Ercoli (Messina)

14:30 Discussione

15:00-18:00**SESSIONE ITALO – ARGENTINA**

Moderatori: **Domenico Arduini (Roma), Mario Palermo (Buenos Aires)**

15:00 Saluto ai partecipanti /Saludos a los participantes

15:15 Spontaneous Preterm birth in twins: Interventions to improve perinatal outcomes-

Cesar Meller (Argentina)

15:30 TTS, reatmentg candidates for laser surgery

Lucas Otaño (Argentina)

15:45 New insight in Ductus venosus hemodynamics

Enrico Ferrazzi (Italia)

16:00 Progesterone for prevention of preterm birth in single gestation

Nicolas Avila (Argentina)

16:15 An update on emergency cerclage

Gianluigi Pilu (Italia)

16:30 Fetal Surgery for open spina bifida: Maternal and Perinatal Outcomes with a novel hysterectomy technique

Adolfo Etchegaray (Argentina)

16:45 The role of ultrasound during operative vaginal delivery

Tullio Ghi (Italia)

17:00 Diagnosis and reatment of TAPS, an update

Savino Gil Pugliese (Argentina)

17:15 Management of pregnancies after a no call at NIPT

Elsa Viora (Italia)

17:30 Characterizing misoprostol's thermoregulatory effects when used to treat postpartum hemorrhage-

Daniel Aguirre (Argentina)

17:45 The role of ultrasound in predicting of successful VBAC

Giuseppe Rizzo (Italia)

Aula 3**09:00-15:00****CHIRURGIA IN DIRETTA DA POLICLINICO GEMELLI – ROMA**

Modera: **Giovanni Scambia (Roma)**

Isterectomia LPS per Utero grande

Salvatore Gueli Alletti (Roma)

StadiazioneLPD K Endometrio
Francesco Fanfani (Roma)
 Citoriduzione per K Ovaio avanzato

Anna Fagotti (Roma)
 ISC1
Valeria Masciullo (Roma)

ISC2
Ursula Catena, Valeria Masciullo (Roma)
 ISC3
Attilio Di Spiezio (Napoli)

Aula 4

15:00-15:30 INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO: NUOVE EVIDENZE E PROSPETTIVE FUTURE

Moderazione e commento

Antonio Ragusa (Roma)

15:00 Experience with an effective and safe oral treatment for labour induction
Rikke Bek Helmig (Denmark)

Aula 1

DISCUSSIONE DELLE SESSIONI REGistrate ORGANIZZATE DAI GISS SIGO

Saranno presenti tutti i relatori di ogni percorso formativo registrato

08:00 UROGINECOLOGIA – **Massimo Franchi**
 09:00 GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO – **Roberto Jura**
 10:00 GINECOLOGIA ONCOLOGICA – **VitoTrojano**
 11:00 BASSO TRATTO GENITALE – **Carlo Maria Stigliano**
 12:00 PATOLOGIA DELLA PLACENTA – **Ezio Fulcheri, Fabio Facchinetti**
 13:00 CHIRURGIA OSTETRICA – **Claudio Crescini**
 14:00 MENOPAUSA – **Anna Maria Paoletti**
 15:00 ENDOCRINOLOGIA – **Anna Maria Paoletti**
 16:00 MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE – **Nicola Colacurci**
 17:00 DIAGNOSI PRENATALE – **Enrico Maria Ferrazzi – Giovanni Monni**

Aula 2

09:00-11:30 HIGH LIGHT IN PMA

Moderatori: **Silvia Ajossa (Cagliari), Livio Leo (Aosta)**

09:00 Aging ovarico: aspetti morfo-funzionali
Francesca Klinger (Roma)
 09:15 Strategie comportamentali e sistemi di identificazione di sottogruppi di donne
Antonio La Marca (Modena)
 09:30 Ruolo degli adiuvanti e delle abitudini alimentari nella COS
Ida Strina (Napoli)
 09:45 L'impatto del maschio sull'esito della PMA
Mauro Costa (Genova)
 10:00 Gestione clinica delle donne PCO con desiderio riproduttivo
Roberto Palermo (Palermo)
 10:15 Epigenetica ed interferenti ambientali nel partner maschile
Andrea Garolla (Padova)
 10:30 Ipotesi e strategie di impiego delle cellule staminali in PMA
Antonio Perino (Palermo)
 10:45 PMA e patologia infettiva
Valeria Savasi (Milano)
 11:15 Discussione

sessioni live non ECM

11:30-13:30

GRAVIDANZA GEMELLARE

- Moderatori: **Antonio Rubattu (Olbia), Arsenio Spinillo (Pavia)**
- 11:30 Epidemiologia della gravidanza gemellare
Fabio Parazzini (Milano)
- 11:45 Diagnosi prenatale nella gravidanza gemellare
Silvana Arduino (Torino)
- 12:00 Come seguire una gravidanza gemellare "fisiologica": alimentazione, controlli, cosa si deve modificare?
Pantaleo Greco (Ferrara)
- 12:15 Gravidanza gemellare e crescita fetale
Nicola Chianchiano (Palermo)
- 12:30 Gravidanza gemellare moncoriale: TTTS e TRAP
Stefano Faiola (Milano)
- 12:45 Parto nella gravidanza gemellare
Anna Locatelli (Monza)
- 13:00 Discussione
- Discussant: **Amelia Forte (Napoli), Giancarlo Stellin (Rovigo)**

14:00-15:30

IL RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINO - SIGO YOUNG

- Moderatori: **Pierluigi Cherchi (Sassari), Erich Cosmi (Padova)**
- 14:00 Fisiopatologia e ruolo della placenta
Francesca Parisi (Milano)
- 14:15 Prevenzione, diagnosi e classificazione
Sara Ornaghi (Milano)
- 14:30 Timing del parto
Maddalena Morlando (Napoli)
- 14:45 Outcome neonatali
Laura Sarno (Napoli)
- 15:00 Outcome a lungo termine
Silvia Salmi (Roma)
- 15:15 Discussione

16:00-17:30

NEAR MISS E MORTALITA' MATERNA IN GRAVIDANZA: I DATI DELLA SORVEGLIANZA ATTIVA

- Moderatori: **Claudio Crescini (Bergamo), Pasquale Martinelli (Napoli)**
- 16:00 Introduzione e metodologia dello studio
Alice Maraschini (Roma)

sessioni pre-registrate non ECM

- 16:15 Sepsi
Serena Donati (Roma)
- 16:30 Embolia da liquido amniotico
Emiliano Maresi (Palermo)
- 16:45 SHIP emoperitoneo spontaneo in gravidanza
Martina Mazzocco (Milano)
- 17:00 Eclampsia
Massimo Lovotti (Como)
- 17:15 Discussione

Aula 3

09:00-11:00

PRESERVAZIONE DELLA FERTILITÀ

- Moderatori: **Salvatore Dessole (Sassari) - Salvatore Incandela (Palermo)**
- 09:00 COVID e oncofertilità
Eleonora Porcu (Bologna)
- 09:15 Carcinoma della mammella e desiderio riproduttivo: sicurezza della sospensione temporanea della terapia adiuvante
Fedro Peccatori (Milano)
- 09:30 "Time to pregnancy" e carcinoma della mammella: come gestire la sospensione temporanea della ormonoterapia adiuvante
Carlo Alviggi (Napoli)
- 09:45 BRCA 1-2 e desiderio riproduttivo
Anila Kardhashi (Bari)
- 10:00 Congelamento tessuto ovarico:
- Le indicazioni oncologiche - **Enrico Vizza (Roma)**
- Le procedure e l'outcome riproduttivo - **Alberto Revelli (Torino)**
- 10:30 Il trapianto d'utero
Paolo Scollo (Catania)
- 10:45 Discussione

11:00-13:30

ENDOMETRIOSI E QUALITÀ DI VITA

- Moderatori: **Felice Petraglia (Firenze), Giovanni Pomili (Perugia)**
- 11:00 Patogenesi tra genetica e epigenetica
Ettore Cicinelli (Bari)
- 11:15 Il ritardo diagnostico
Stefano Guerriero (Cagliari)

sessioni live non ECM

- 11:30 Le terapie mancate, la chirurgia inadeguata
Nicola Colacurci (Napoli), Antonio Schiattarella (Napoli)
- 11:45 Terapia medica: attualità e prospettive
Stefano Cosma (Torino)
- 12:00 Ruolo attuale della chirurgia
Mario Malzoni (Napoli)
- 12:15 Il potenziale riproduttivo spontaneo e dopo PMA
Luca Gianaroli (Bologna)
- 12:30 Impatto delle terapie mediche e/o chirurgiche sul potenziale e sull'outcome riproduttivo
Michele Vignali (Milano)
- 12:45 Attualità scientifiche, strategie terapeutiche e prospettive future nel trattamento dell'endometriosi
Simone Ferrero (Genova)
- 13:00 Discussione

13.30-16.00**SIGO-AOGOI E LE PROBLEMATICHE MEDICO-LEGALI**

- Introduce **Antonio Chiantera (Napoli)**
- Moderatori **Domenico Arduini (Roma), Riccardo Arienzo (Napoli)**
- 13:30 In medicina della riproduzione
- Le problematiche - **Salvatore Ronsini (Salerno)**
- Le strategie - **Luca Mencaglia (Cortona)**
- 14:00 In diagnostica prenatale
- Le problematiche - **Andrea Sciarrone (Torino)**
- Le strategie - **Avv. Sabino Laudadio (Milano)**
- 14:30 In sala parto
- Le problematiche - **Riccardo Morgera (Napoli)**
- Le strategie - **Avv. Vania Cirese (Roma)**
- 15:00 In Ginecologia
- Le problematiche - **Enrico Vizza (Roma)**
- Le strategie - **Vito Trojano (Bari)**
- 15:30 Discussione

16.00-18.00**L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO**

- Moderatori: **Gianfranco Quintarelli (Prato-Firenze), Tullia Todros (Torino)**
- 16:00 Farmacodinamica delle diverse prostaglandine
Carlo Ticconi (Roma)

sessioni pre-registrate non ECM

- 16:15 Gemeprost o misoprostolo nell'induzione del travaglio abortivo?
Pier Luigi Palazzetti (Roma)
- 16:30 Dinoprostone o misoprostolo nell'induzione del travaglio a termine?
Antonio Ragusa (Roma)
- 16:45 Effetti collaterali e rischi da mal practice
Antonio Malvasi (Bari)
- 17:00 Metodi meccanici: quali indicazioni, quale efficacia
Salvatore Mastroli (Milano)
- 17:15 Le induzioni ripetute: consigli, rischi, accorgimenti
Sabina Di Biase (Foggia)
- 17:30 Si va verso una induzione generalizzata? Pro
Vincenzo Berghella (USA)
- 17:45 Si va verso una induzione generalizzata? Contro
Patrizia Vergani (Monza)

18:00 CHIUSURA CONGRESSO**SESSIONI PRE-REGISTRATE NON ECM
disponibili on demand dal 13 al 16 dicembre****SOLUZIONI NON ORMONALI PER LE DONNE IN MENOPAUSA**

- 15'** Impatto della AVV sulla qualità della vita e sulla sessualità: aggiornamento dello studio EVES Italia
Rossella Nappi (Pavia)
- 15'** Gestione dell'Atrofia Vulva - Vaginale con Ospemifene: nuove evidenze scientifiche
Paola Villa (Roma)
- 15'** Disturbi neurovegetativi in menopausa: impatto neurochimico dell'estratto di polline e pistilli
Alessandra Graziottin (Milano)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

CHIRURGIA OSTETRICA

EMORRAGIA PERI E POST PARTUM

15' L'atonia post partum. Dalla prevenzione al trattamento chirurgico demolitivo

Claudio Crescini (Bergamo)

15' Il controllo dell'emostasi ed il trattamento della CID nello shock emorragico ostetrico

Agostino Brizzi (Bari)

15' Distacco di placenta, placenta previa centrale e rottura d'utero. Tre potenziali cause di shock emorragico

Maria Vittoria Locci (Napoli)

15' Chirurgia ostetrica in sicurezza nel post -Covid 19

Silvia von Wunster (Alzano Lombardo - BG)

IL TAGLIO CESAREO ELETTIVO E DI EMERGENZA

15' Tecnica di esecuzione del taglio cesareo tra evidenze scientifiche e tradizione

Enrico Ferrazzi (Milano)

15' Il taglio cesareo difficile

Gianpaolo Grisolia (Mantova)

15' Le complicanze del taglio cesareo. Prevenzione, riconoscimento e riparazione

Giuseppe Ettore (Catania)

15' La prevenzione delle infezioni del sito chirurgico in ostetricia

Anna Franca Cavaliere (Prato)

LE LESIONI DEL CANALE DEL PARTO

15' La prevenzione del trauma perineale in gravidanza e in travaglio di parto. Il ruolo dell'ostetrica

Anna Zilioli (Bergamo)

15' Le lesioni dello sfintere anale (OASIS). Riconoscimento e trattamento chirurgico

Chiara Vernier (Vicenza)

15' Il Follow up e la prognosi ostetrica dopo OASIS

Ciro Sportelli (Sondrio)

IL PARTO OPERATIVO VAGINALE

Proposta di raccomandazioni per i punti nascita italiani

5' Introduzione: Il perché di una proposta di raccomandazioni

Claudio Crescini (Bergamo)

10' Una analisi delle linee guida e delle raccomandazioni delle società scientifiche internazionali

Gabriele Saccone (Napoli)

10' La cardiocografia come indicazione al parto operativo vaginale

Salvatore Politi (Catania)

15' Le regole di base per una corretta applicazione della ventosa. Cosa fare e cosa non fare

Gianluca Straface (Abano Terme - PD)

10' Criteri validati di utilizzo dell'ecografia come ausilio per il parto operativo vaginale

Federico Prefumo (Brescia)

10' La distocia come indicazione al parto operativo vaginale

Sara D'Avino (Roma)

10' Criteri di refertazione delle procedure eseguite per una protezione medicolegale

Massimo Cordone (Genova)

10' Elementi di valutazione del benessere neonatale dopo parto con ventosa

Giulia Vellani (Palermo)

CHIRURGIA EMOSTATICA OSTETRICA RETROPERITONEALE

15' Anatomia chirurgica del retroperitoneo. Riconoscimento delle strutture vascolari e riparazione delle lesioni iatrogene

Vito Chiantera (Palermo)

15' Isolamento dell'uretere e mobilizzazione vescicale. La chirurgia riparativa correlata

Antonio Pellegrino (Lecco)

15' La chirurgia nell'accrescimento placentare

Giuseppe Cali (Palermo)

15' Radiologia interventistica. L'embolizzazione arteriosa nelle emorragie ostetriche

Gianluigi Patelli (Seriata- BG)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

DIAGNOSI PRENATALE

15' Introduzione **Enrico Ferrazzi**

LO SCREENING E IL CASE FINDING DELLE ANEUPLOIDIE – NUOVI MODELLI DI SCREENING

15' Il modello francese: Test combinato + Targeted NIPT nei casi a rischio

Yves Ville (Parigi)

15' Il Modello della Regione Emilia Romagna: NIPT in sostituzione del Test Combinato

Gianluigi Pilu, Cesare Battaglia (Bologna)

15' Il Modello della Regione Lombardia: Translucenza Nucale + NIPT in sostituzione del Test Combinato?

Nicola Persico (Milano)

15' Le metodologie genomiche

Giuseppe Novelli (Roma)

15' Screening e diagnosi prenatale prima e durante emergenza Covid-19

Gianni Monni (Cagliari)

15' Il counselling: quando e come

Daniela Anzelmo (Caltanissetta)

PREDIZIONE E PREVENZIONE DELLE SINDROMI OSTETRICHE NEL PRIMO TRIMESTRE

15' Preeclampsia con restrizione della crescita fetale. Fattori di rischio materno

John Kingdom (Toronto)

15' Preeclampsia con restrizione di crescita fetale. Fattori di rischio fetoplacentari

Paolo Volpe (Bari), Valentina De Robertis (Bari)

15' Predizione e prevenzione della sindrome metabolica

Marco Scioscia (Verona)

LA SORVEGLIANZA DEL DANNO IPOSSICO-METABOLICO PLACENTARE

15' Le macchine dell'energia: i mitocondri placentari

Chiara Mandò (Milano)

15' Il danno placentare rilevato dalla Velocimetria Doppler

Tullio Ghi (Parma)

15' Il danno placentare rilevato dal rapporto SFLIT-PLGF

Bianca Masturzo, Rossella Attini (Torino)

15' Il danno placentare rilevato dalla ecocardiografia materna

Christopher Lees (Londra)

LO SCRERNING DEL LATE IUGR PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE FETALE IN UTERO E DEL DANNO IPOSSICO INTRAPARTUM

15' Epidemiologia clinica della morte fetale a termine

Fabio Facchinetti (Modena)

15' Lo screening del Late IUGR

Alessandra Familiari – studio multicentrico SIGO (Roma)

15' La biologia del late IUGR

Tamara Stampalija (Trieste)

15' La induzione e la sorveglianza intrapartum del Late IUGR

Giuseppe Maruotti (Napoli)

TERAPIE

15' Farmaci antipertensivi, ma è vero che sono tutti uguali?

Maria Teresa Gervasi (Padova)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

L'ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA ITALIANA: TRA CULTURA SCIENTIFICO-TECNOLOGICA E CURA DELLA DONNA

10' Introduzione **Antonio Lanzone (Roma)**

LA FUNZIONE OVARICA

20' Regolazione della secrezione delle gonadotropine ipofisarie

Alessandro Genazzani (Modena)

20' Fattori che interferiscono sulla secrezione di gonadotropine

Franca Fruzzetti (Pisa)

20' Quando la funzione ovarica si riduce

Massimo Stomati (Brindisi)

LA SINDROME DELL'OVAIO POLICISTICO

20' Inquadramento diagnostico

Daniela Romualdi (Roma)

20' PCOS e metabolismo glucidico

Anna Maria Fulghesu (Cagliari)

20' PCOS e riproduzione

Rosanna Apa (Roma)

20' I diversi approcci terapeutici alla pcos

Vincenzo De Leo (Siena), Giuseppe Morgante (Siena)

LA SINDROME PREMESTRUALE

20' Le donne con sindrome premestruale

Paola Vallarino, Presidente ITA-PMA (Parma)

20' Inquadramento diagnostico

Rossella Elena Nappi (Pavia)

20' Trattamento della sindrome premestruale

Pasquale De Franciscis (Napoli)

IL GINECOLOGO DEL CONSULTORIO E LA COLLABORAZIONE CON L'ESPERTO DI ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA

20' Il ruolo del ginecologo consultoriale in endocrinologia

Marina Toschi (Firenze)

20' L'esperta di endocrinologia ginecologica

Francesca Pampaloni (Firenze)

10' Conclusioni

Anna Maria Paoletti (Cagliari)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

10' Introduzione e rationale del GISS**Roberto Jura (Biella)****20'** La formazione e le competenze dell'ostetrica**Maria Vicario (Napoli)****20'** Protocolli organizzativi nel mondo**Sebastiana Ferraro (Catania)****20'** La gravidanza prima della gravidanza: cosa fare?**Lorenza Driul (Udine)**

Proposte di definizione di gravidanza "a basso rischio"

- **20'** All'inizio della gravidanza**Elsa Viora (Torino)**- **20'** Prima del travaglio**Antonio Ragusa (Roma)****20'** Esiste un "medio rischio"?**Antonella Marchi (Siena)**

Assistenza alla gravidanza fisiologica:

- **20'** Monitoraggio laboratoristico e strumentale**Irene Cetin (Milano)**- **20'** Organizzazione del percorso: quando, perchè e come esce da quello della gravidanza fisiologica**Valeria Dubini (Firenze)**

Assistenza al travaglio di parto in gravidanza fisiologica

20' quale modello organizzativo**Lucrezia D'Antuono, Letizia Francese, Patrizia Vetrugno (Torino)****20'** monitoraggio del travaglio**Roberto Jura (Biella)****20'** Assistenza in puerperio e sostegno all'allattamento**Elsa Del Bo' (Pavia)****20'** Il contenzioso nel basso rischio**Giuseppe Botta (Napoli)**

Conclusioni

- **10'** **Roberto Jura (Biella)**- **10'** **Maria Vicario (Napoli)**

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE

INTRODUZIONE

15' Il ruolo e l'attività del GISS per la PMA nel contesto istituzionale

Nicola Colacurci (Napoli)

15' La sinergia SIGO-AOGOI con il Progetto PMA Italia

Luca Mencaglia (Arezzo)

LA MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE NEL CORSO DELLA PANDEMIA

20' L'esperienza della U.O. di PMA dell'Ospedale Giovanni XXIII di Bergamo nell'epicentro della crisi

Francesco Maria Fusi (Bergamo)

20' Attualizzazione delle Linee Guida SIGO nella corrente fase della pandemia

Andrea Borini (Bologna)

INFERENZA DEL SARS-COV 2 SUI CAMPIONI BIOLOGICI

20' Provvedimenti da adottarsi nel laboratorio di embriologia

Lucia De Santis (Milano)

20' SARS-COV2 e campione seminale

Carlo Foresta (Padova)

20' L'handling delle prestazioni eterologhe in corso di SARS-COV2

Antonio La Marca (Modena)

LE BUONE PRATICHE MEDICHE NEL CORSO DELLA PANDEMIA

20' Telemedicina in medicina della riproduzione

Rocco Rago (Roma)

20' Il management delle pazienti con bassa prognosi perdurando l'emergenza epidemica

Filippo Ubaldi (Roma)

20' Principi terapeutici utili alla premedicazione delle pazienti ipo/ipersensibilizzanti in vista dei trattamenti di PMA

Giuseppe D'Amato (Bari)

20' Come la scelta del protocollo di stimolazione può ridurre il numero degli accessi in corso di trattamento, prevenendone le complicanze

Massimo Bertoli (Mantova)

15'+15' I programmi di oncofertilità in corso di covid: confronto fra esperienze

Gianluca Gennarelli (Torino)

Cristofaro De Stefano (Avellino)

20' Miglioramento della funzionalità mitocondriale delle cellule gametiche: nuove frontiere nell'approccio terapeutico per l'infertilità di coppia

Carlo Alviggi (Napoli)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

LA MENOPAUSA: DALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE DI BASE ALLA EVOLUZIONE TECNOLOGICA PER IL BENESSERE DELLA DONNA

IL MANAGEMENT DEI PROBLEMI DELLA MENOPAUSA: LE BASI

15' Il counselling della donna in climaterio

Mario Gallo (Torino)

15' Rischi e benefici della terapia sostitutiva: come leggere gli studi

Paola Villa (Roma)

15' Terapie alternative alla HRT: i fitoestrogeni

Giuseppina Grassi (Torino)

15' Cimicifuga racemosa, estratto di polline

Stefano Lello (Roma)

LETTURA MAGISTRALE

20' Neurokinin 3 antagonists: a future treatment for hot flashes. Were do we stand

Nick Panay (UK)

SINDROME UROGENITALE DELLA MENOPAUSA

15' Epidemiologia del problema

Angelo Cagnacci (Genova)

15' Ospemifene

Angela Maria Becorpi (Firenze)

15' DHEA

Costantino Di Carlo (Catanzaro)

15' Estriolo a basso dosaggio, acido ialuronico e altro

Francesca Nocera (Catania)

15' LASER

Marco Gambacciani (Pisa)

LETTURA MAGISTRALE

20' La TOS nelle donne con pregressa patologia oncologica

Nicoletta Biglia (Torino)

LETTURA MAGISTRALE

20' Gestione della paziente BRCA mutata dopo l'ovariectomia profilattica

Giovanni Scambia (Roma)

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI GISS MENOPAUSA SU HRT NELLE DONNE CON PREGRESSA PATOLOGIA ONCOLOGICA

5' Pregresso tumore dell'apparato linfopoietico

Angela Maria Becorpi (Firenze)

5' Pregresso tumore dell'endometrio

Angelo Cagnacci (Genova)

5' Pregresso tumore del Sistema Nervoso Centrale

Salvatore Caruso (Catania)

5' Pregresso tumore dell'apparato urologico

Costantino Di Carlo (Catanzaro)

5' Pregresso tumore del polmone

Marco Gambacciani (Pisa)

5' Pregresso tumore della vulva

Giuseppina Grassi (Torino)

5' Pregresso tumore della tiroide e pregresso melanoma

Stefano Lello (Roma)

5' Pregresso tumore del colon retto

Francesca Nocera (Catania), Mario Gallo (Torino)

5' Pregresso tumore dell'ovaio e della cervice uterina

Paola Villa (Roma)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

RETE ONCOLOGICA E PDTA IN GINECOLOGIA ONCOLOGICA

15' Le Linee Guida Nazionali organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica: valutazioni e considerazioni

Vito Trojano (Bari)

15' PDTA quando e perché. Obblighi e possibilità di deroghe

Giovanni Scambia (Roma)

15' Il ruolo delle Società Scientifiche: armonizzazione tra Linee Guida e peculiarità organizzative regionali

Massimo Franchi (Verona)

15' La gestione intra e post operatoria delle più frequenti complicanze chirurgiche in ginecologia standard ed oncologica (vascolari, urologiche, apparato digerente)

Vito Chiàntera (Palermo)

ONCOLOGIA 2: OVAIO

15' PDTA nel cancro dell'ovaio

Paolo Scollo (Catania)

15' Update in chemioterapia e terapia mirata nel carcinoma sieroso di alto grado

Nicoletta Colombo (Milano)

15' Predittività molecolare nei tumori ovarici

Giovanna Salerno (Roma)

15' I test genetici BRCA1-2 nella gestione dei tumori ginecologici: stato dell'arte e prospettive

Giuseppe Trojano (Matera)

ONCOLOGIA 3: ENDOMETRIO

15' PDTA nel carcinoma endometriale

Giorgio Giorda (Aviano)

15' Flash sulle nuove prospettive di terapia medica in oncologia ginecologica: è cambiato qualcosa durante l'infezione da "COVID19"

Emanuele Naglieri (Bari)

15' CA dell'endometrio e prevenzione primaria: cosa è cambiato in corso di infezione da "COVID19"

Giuseppe Bifulco (Napoli)

15' La genomica del cancro endometriale come guida all'approccio clinico

Enrico Sartori (Brescia)

ONCOLOGIA 4: CERVICIA

15' PDTA nel cancro cervicale

Enrico Vizza (Roma)

15' La terapia della recidiva nel carcinoma della cervice

Roberto Angioli (Roma)

15' Gli spazi della terapia chirurgica oggi in oncologia Ginecologica

Pier Luigi Benedetti Panici (Roma)

15' Tailoring preoperatori: cosa è cambiato in corso di infezione da "COVID19"

Fulvio Zullo (Napoli)

ONCOLOGIA 5: MISCELLANEA

15' Endometriosi e rischio oncologico

Mario Malzoni (Avellino)

15' Impatto dell'infezione "Covid 19" in oncologia Ginecologica

Francesco Raspagliesi (Milano)

15' Il ruolo del territorio nella rete oncologica

Paolo Cristiani (Bologna)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

IL BASSO TRATTO GENITALE IN ERA COVID-19:
CRITICITÀ IN AMBITO PREVENTIVO

VULVA E RISCHIO ONCOLOGICO: LA CRITICITÀ DEI LUNGI FOLLOW UP

10' Presentazione della sessione

Pietro Saccucci (Roma)

10' Le neoplasie intraepiteliali della vulva: terapia medica o chirurgica?

Carmine Carriero (Bari)

10' Le dermatosi vulvari a rischio oncogeno: quale terapia e follow up?

Monica Corazza (Ferrara)

10' La chirurgia "mini-invasiva" del carcinoma vulvare: cosa e quando

Mario Preti (Torino)

10' Il follow up conservativo del carcinoma vulvare: collaborare con oncologi e radioterapisti

Annalisa Pieralli (Firenze)

10' Take home message

Roberto Senatori (Roma)

NON SOLO ONCOLOGIA: C'È ANCORA SPAZIO PER IL BENESSERE DEL BTG?

10' Presentazione della sessione

Claudio Zanardi (Bologna)

10' La sindrome genito urinaria: approccio multidisciplinare

Eleonora Preti (Milano)

10' Le terapie topiche ed infiltrative in patologia vulvare: novità e schemi di cura

Franco Anglana (Roma)

10' Applicazioni del laser rigenerativo: quando e perché

Filippo Murina (Milano)

10' La chirurgia vulvare a finalità estetiche-funzionali: indicazioni e limiti

Cosimo Oliva (Roma)

10' Take home message

Luca Loiudice (Bari)

PREVENZIONE PRIMARIA E FISIOPATOLOGIA VAGINALE

10' Presentazione della sessione

Antonio Frega (Roma)

10' La terapia delle infezioni vaginali in tempi di bionte e probiotici

Matilde Sansone (Napoli)

10' Storia naturale dell'infezione HPV nella donna adulta e ruolo della latenza virale

Rosa De Vincenzo (Roma)

10' Dalla clinica al microscopio: cosa possiamo imparare dalla vaccinazione post trattamento

Alessandro Ghelardi (Massa Carrara)

10' Le terapie topiche immunomodulanti nell'infezione da HPV: analisi evidence based

Paolo Cristoforoni (Genova)

10' Take home message

Ezio Bergamini (Modena)

IL PAPILOMAVIRUS IN TEMPO DI CORONAVIRUS

10' Presentazione della sessione

Maggiorino Barbero (Asti)

10' HPV e riproduzione umana: riflessioni basate sull'evidenza

Andrea Ciavattini (Ancona)

10' HPV orale: miti e realtà

Giuseppina Campisi (Palermo)

10' Le linee guida americane 2020: verso una medicina di precisione

Carlo Liverani (Milano)

10' Le linee guida sulla prevenzione del carcinoma della cervice uterina alla luce delle raccomandazioni metodologiche nazionali

Paola Garutti (Ferrara)

10' Take home message

Karin Louise Andersson (Firenze)

LA PREVENZIONE PRIMARIA NEL TEMPO DELL'EMERGENZA

10' Presentazione della sessione

Carlo Maria Stigliano (Cosenza)

10' Aggiornamento sui dati di copertura italiani: criticità e obiettivi

Paolo Bonanni (Firenze)

10' La vaccinazione anti HPV nella donna adulta: dai dati alla pratica

Antonino Perino (Palermo)

10' Screening e comunicazione: quali obiettivi per debellare l'infezione da HPV?

Sandro Massimo Viglino (Genova)

10' Non solo HPV: il ginecologo e le altre vaccinazioni

Rosanna Ariviello (Napoli)

10' Take home message

Andrea Amadori (Forlì)

PERCORSO FORMATIVO

UROGINECOLOGIA

15' G.I.S.S. Uroginecologia: cosa abbiamo in periodo di COVID
Massimo Franchi (Verona)

I SESSIONE

15' Anatomia chirurgica per il ripristino dei difetti del pavimento pelvico
Alfredo Ercoli (Messina)

15' Prolasso ed Incontinenza: Origine del problema
Roberto Baccichet (Treviso)

15' Inquadramento della paziente Uroginecologica
Giampiero Capobianco (Sassari)

15' Urodinamica: Quando?
Marco Soligo (Milano)

II SESSIONE

Outcome della chirurgia fasciale per il P.O.P

- 15' Dati Internazionali
Michele Meschia (Milano)

- 15' Dati Italiani
Marco Torella (Napoli)

Outcome della chirurgia protesica per il P.O.P

- 15' Dati Internazionali
Mauro Cervigni (Roma)

- 15' Dati Italiani
Gian Luca Bracco (Lucca)

Outcome della chirurgia Laparoscopica per il P.O.P

- 15' Dati Internazionali
Tommaso Simoncini (Pisa)

- 15' Dati Nazionali
Giuseppe Campagna (Roma)

III SESSIONE

15' Dalle Sling ai Bulking agent: Andata e Ritorno

Maurizio Serati (Varese)

15' Innovazioni nel trattamento del Prolasso e della Incontinenza Urinaria

Stefano Salvatore (Milano)

15' Le lesioni ostetriche del pavimento pelvico -

Antonio Perrone (Lecce)

15' Il TC è prevenzione dei disturbi del pavimento pelvico?

Gennaro Trezza (Benevento)

15' Risultati anatomici e funzionali nella colposacropessi robotica

Antonio Pellegrino (Lecco)

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

PERCORSO FORMATIVO

**PATOLOGIA DELLA PLACENTA
LA CORIOAMNIONITE NELLE DIVERSE ETÀ GESTAZIONALI****CORIOAMNIONITI DEL SECONDO TRIMESTRE**

20' Diagnosi/varianti

Ezio Fulcheri (Genova)

20' Ricorrenza e prevenzione

Herbert Valensise (Roma)**CORIOAMNIONITI E PARTO PRETERMINE**

15' Diagnosi istopatologica e sue varianti

Giovanni Bartoloni (Catania)

15' Conduzione clinica

Nicoletta di Simone (Roma)

15' Esiti perinatali

Luca Ramenghi (Genova)**CORIOAMNIONITI A TERMINE E POST TERMINE**

15' Il confine tra reattivo e patologico

Leonardo Resta (Bari)

15' Segni clinici predittivi?

Maria Rosaria Di Tommaso (Firenze)

15' Implicazioni medico-legali

Margherita. Neri (Ferrara)**INFEZIONI VIRALI DEGLI ANNESSI NELLE MORTI ENDOUTERINE**

15' Agenti più comuni ed esiti fatali

Gaetano Bulfamante (Milano)

15' Il paradigma del CMV

Tiziana Lazzarotto (Bologna)

15' Integrare i dati e trovare le cause

Federico Mecacci (Firenze)**DIAGNOSTICA AL TEMPO DEL COVID 19**

15' L'infezione placentare

Roberta Rossi (Milano)

15' Infezione intrauterina

Irene Cetin (Milano)

15' Modalità di parto

Fabio Facchinetti (Modena)

POSTER GINECOLOGIA**CONFRONTO DELLE CARATTERISTICHE CLINICHE DELL'ENDOMETRIOSI NELLE ADOLESCENTI E NELLE ADULTE**

Sara Scaramuzzino⁽¹⁾ - *Maria Federica Viscardi*⁽¹⁾ - *Caterina Galzerano*⁽¹⁾ - *Ilaria Piacenti*⁽¹⁾ - *Chiara Sangiuliano*⁽¹⁾ - *luisa masciullo*⁽¹⁾ - *Maria Grazia Porpora*⁽¹⁾
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, Dipartimento Materno-Infantile e Scienze Urologiche, Sapienza Università di Roma, Roma, Italia⁽¹⁾

TRATTAMENTO DELL'ATROFIA VAGINALE CON L'ESTRATTO ACQUOSO DI TRITICUM VULGARE: CONFRONTO TRA DIFFERENTI FORME FARMACEUTICHE.

Giampaolo Mainini⁽¹⁾ - *Mario Passaro*⁽²⁾
SCCAL, Ospedale San Leonardo - U.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia, Castellammare di Stabia (NA), Italia (1) - SCCAL, Distretto Sanitario n. 49, Nola, Italia (2)

FATTORI DI RISCHIO DI RICORRENZA DI LACERAZIONI PERINEALI OSTETRICHE DI III E IV GRADO: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

Marta Barba⁽¹⁾ - *Davide Paolo Bernasconi*⁽²⁾ - *Stefano Manodoro*⁽³⁾ - *Matteo Frigerio*⁽⁴⁾ - *Alice Cola*⁽¹⁾ - *Stefania Palmieri*⁽¹⁾ - *Luca Locatelli*⁽¹⁾ - *Giuseppe Marino*⁽¹⁾
University of Milano-Bicocca, San Gerardo Hospital, Monza, Italia (1) - University of Milano-Bicocca, Center of Biostatistics for Clinical Epidemiology, Monza, Italia (2) - ASST Santi Paolo e Carlo, San Paolo Hospital, Milano, Italia (3) - ASST Monza, San Gerardo Hospital, Monza, Italia (4)

OUTCOME OSTETRICI DOPO CHIRURGIA CONSERVATIVA DEL PROLASSO GENITALE: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

Matteo Frigerio⁽¹⁾ - *Marta Barba*⁽²⁾ - *Gabriella Schivardi*⁽³⁾ - *Stefano Manodoro*⁽⁴⁾ - *Luca Locatelli*⁽²⁾ - *Alice Cola*⁽²⁾ - *Stefania Palmieri*⁽²⁾ - *Giuseppe Marino*⁽²⁾
ASST Monza, San Gerardo Hospital, Monza, Italia (1) - University of Milano-Bicocca, San Gerardo Hospital, Monza, Italia (2) - University of Milano, San Paolo Hospital, Milano, Italia (3) - ASST Santi Paolo e Carlo, San Paolo Hospital, Milano, Italia (4)

DRENAGGIO CON AGOCENTESI DELL'ASCESSO ALLA MAMMELLA IN ALLATTAMENTO: STUDIO OSSERVAZIONALE ITALIANO

Sofia Gianj⁽¹⁾ - *Martina Mazzocco*⁽¹⁾ - *Alessandra Sartani*⁽²⁾ - *Sara Rimoldi*⁽³⁾ - *Vanessa Bottino*⁽¹⁾ - *Paola Pileri*⁽¹⁾ - *Chiara Coco*⁽¹⁾ - *Irene Cetin*⁽¹⁾
ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale dei Bambini Viittore Buzzi-Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia-Università degli Studi di Milano, Milano, Italia (1) - ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Luigi Sacco-Unità Operativa di Chirurgia Generale, Brest Unit-Università degli Studi di Milano, Milano, Italia (2) - ASST Fatebenefratelli Sacco, Ospedale Luigi Sacco-Laboratorio di Microbiologia Clinica, Virologia e Diagnostica Bioemergenze-Università degli Studi di Milano, Milano, Italia (3)

DIAGNOSI DI ANOMALIA GENITALE IN ETÀ ADULTA IN SEGUITO AD INSERIMENTO DI CORPO ESTRANEO IN URETRA: A CASE REPORT.

Giovanna Cacciaguerra⁽¹⁾ - *Stefano Facchin*⁽¹⁾ - *Lorenza Driul*⁽²⁾ - *Ambrogio Pietro Londero*⁽²⁾
ASUFC, Ospedale di Pamanova-Latisana, Palmanova, Latisana (UD), Italia (1) - ASUFC, Clinica Universitaria Ostetrica e Ginecologica, Udine, Italia (2)

POSTER OSTETRICIA**LA GENOMICA DEL CANCRO ENDOMETRIALE: GUIDA ALL'APPROCCIO CLINICO***Enrico Sartori⁽¹⁾ - Elena Valente⁽¹⁾*

Università degli studi di Brescia, Spedali Civili, Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Brescia, Italia [1]

IL TRIMESTRE DOPO IL PARTO (QUARTO TRIMESTRE) IN EPOCA COVID-19: STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE*Chiara Lubrano⁽¹⁾ - Chiara Coco⁽¹⁾ - Laura Collodello⁽¹⁾ - Silvia Novelli⁽²⁾ - Martina Iliana Mazzocco⁽¹⁾ - Paola Pileri⁽¹⁾ - Irene Cetin⁽¹⁾*

Università degli studi di Milano, Ospedale Vittore Buzzi, Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, Università degli studi di Milano, Milano, Italia [1] - Università Bocconi, Università Bocconi, Economia, Milano, Italia [2]

RUOLO DELLA MIOMECTOMIA NELL'INDICAZIONE AL PARTO VAGINALE: STUDIO PROSPETTICO*Gaetano Riemma⁽¹⁾ - Luigi Cobellis⁽¹⁾ - Marco Torella⁽¹⁾ - Maddalena Morlando⁽¹⁾ - Antonio Schiattarella⁽¹⁾ - Anna Conte⁽¹⁾ - Fulvio De Simone⁽¹⁾ - Erika Pittana⁽¹⁾ - Roberta Nicoletti⁽¹⁾ - Maria Nunziata⁽¹⁾ - Vittoria Murone⁽¹⁾ - Pasquale De Franciscis⁽¹⁾*

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Napoli, Italia [1]

INTERPRETAZIONE DELLA PERCEZIONE MATERNA DEI MOVIMENTI ATTIVI FETALI MEDIANTE LA VALUTAZIONE OGGETTIVA E QUANTITATIVA DEI PARAMETRI DELLA CARDIOTOCOGRAFIA COMPUTERIZZATA.*Marco La Verde⁽¹⁾ - Gaetano Riemma⁽¹⁾ - Antonio Schiattarella⁽¹⁾ - Clelia Torre⁽¹⁾ - Anna Conte⁽¹⁾ - Carlo Capristo⁽¹⁾ - Marco Torella⁽¹⁾ - Nicola Colacurci⁽¹⁾ - Fabiana Savoia⁽¹⁾ - Pasquale De Franciscis⁽¹⁾ - Maddalena Morlando⁽¹⁾*

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Napoli, Italia [1]

VALUTAZIONE OGGETTIVA E QUANTITATIVA DEL SINGHIOZZO FETALE MEDIANTE L'UTILIZZO DELLA CARDIOTOCOGRAFIA COMPUTERIZZATA*Anna Conte⁽¹⁾ - Marco La Verde⁽¹⁾ - Marco Torella⁽¹⁾ - Stefano Cianci⁽¹⁾ - Gaetano Riemma⁽¹⁾ - Carlo Capristo⁽¹⁾ - Pasquale De Franciscis⁽¹⁾ - Nicola Colacurci⁽¹⁾ - Maddalena Morlando⁽¹⁾*

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Napoli, Italia [1]

CONOSCENZE SULLA VACCINAZIONE MATERNA CONTRO LA PERTOSSE IN ITALIA*Marta Vicentini⁽¹⁾ - Stefano Castagna⁽¹⁾*

GlaxoSmithKline, Direzione medica Vaccini, Verona, Italia [1]

VACCINAZIONE DELLA GRAVIDA IN ULSS 7 DEL VENETO: FATTORI LEGATI ALLA GRAVIDA ED AGLI OPERATORI SANITARI*Francesco Cappozzo⁽¹⁾ - Simonetta Marinangeli⁽²⁾ - Paola Lanza⁽³⁾ - Andrea Cocco⁽⁴⁾ - Marcello Scollo⁽¹⁾*

AULSS 7 Pedemontana, UOC Ginecologia e Ostetricia, Santorso, Italia [1] - AULSS 7 Pedemontana, UOC Ostetricia e Ginecologia, Santorso, Italia [2] - AULSS 7 Pedemontana, UOC Ginecologia e Ostetricia, Bassano del Grappa, Italia [3] - AULSS 7 Pedemontana, UOC Ginecologia e Ostetricia, Asiago, Italia [4]

VACCINAZIONE DTP IN GRAVIDANZA IN ULSS 7 DEL VENETO: FATTORI DI ADESIONE LEGATI ALLA GRAVIDA*Chiara Negrello⁽¹⁾ - Fabiola Fontana⁽²⁾ - Laura Vaccari⁽²⁾ - Maria Giovanna Arsiè⁽¹⁾*

Ulss 7 Pedemontana, Ginecologia e Ostetricia, Bassano Del Grappa, Italia [1] - ULSS 7 Pedemontana, Ginecologia e Ostetricia, Santorso, Italia [2]

VACCINAZIONE DTP IN GRAVIDANZA IN ULSS 7 DEL VENETO: IL RUOLO DEGLI OPERATORI SANITARI*Adriana Conte⁽¹⁾ - Anna Maria Dal Zotto⁽¹⁾ - Cinzia Piccoli⁽²⁾ - Raffaella Conforto⁽²⁾ - Ramona Cristina Cojoc⁽¹⁾ - Silvia Chimello⁽¹⁾ - Sabrina Stocchero⁽¹⁾ - Maria Lucia Vellar⁽³⁾ - Maritena Vellar⁽³⁾ - Fabiola Farronato⁽⁴⁾ - Annarosa Bernardi⁽⁴⁾ - Patrizia Bertonecello⁽⁵⁾ - Alessio Elena⁽⁶⁾*

Ulss 7 Pedemontana, Servizio Vaccinale Distretto 2, Thiene, Italia [1] - Ulss 7 Pedemontana, Servizio Vaccinale Distretto 2, Schio, Italia [2] - Ulss 7 Pedemontana, Servizio Vaccinale Distretto 1, Asiago, Italia [3] - Ulss 7 Pedemontana, Servizio Vaccinale Distretto 1, Rosà, Italia [4] - Ulss 7 Pedemontana, Servizio Vaccinale Distretto 1, Bassano Del Grappa, Italia [5] - Ulss 7 Pedemontana, Servizio Vaccinale Distretto 1, Marostica, Italia [6]

VACCINAZIONE DELLA GRAVIDA IN ULSS 7 DEL VENETO: PIANO DI FORMAZIONE E COMUNICAZIONE*Gabriella Tognetto⁽¹⁾ - Rudy Longhi⁽²⁾ - Barbara Grande⁽²⁾ - Maria Giovanna Arsiè⁽³⁾ - Michela Lora⁽³⁾*

Ulss 7 Pedemontana, Dipartimento Di Prevenzione, Thiene, Italia [1] - Ulss 7 Pedemontana, Coordinamento Poliambulatori, Santorso, Italia [2] - Ulss 7 Pedemontana, Coordinamento Poliambulatori, Bassano Del Grappa, Italia [3]

CGH-ARRAY: POTENZIALITÀ E PROBLEMATICHE ETICO-LEGALI IN DIAGNOSI PRENATALE E POSTNATALE*Mariano Stabile⁽¹⁾ - Anna Flavia Rispoli⁽¹⁾ - Vincenzo Altieri⁽¹⁾ - Giuseppe Tramontano⁽²⁾ - Antonio Squitieri⁽³⁾ - Rosa Coppola⁽³⁾ - Stefania Carlucci⁽⁴⁾ - Maurizio Giuda⁽⁵⁾ - Annunziata Carlea⁽⁶⁾*

Centro Zigote, Genetica, Salerno, Italia [1] - ASL Salerno, UOMI DSB63 Costa D'Amalfi, Salerno, Italia [2] - Ospedale "San Giovanni, UOC Ostetricia e Ginecologia, Lagonegro, Italia [3] - San Polo Hospital, Ostetricia e Ginecologia, Gorizia- Monfalcone (Trieste), Italia [4] - Università degli Studi di Napoli "Federico II", Ostetricia e Ginecologia, Napoli, Italia [5] - università degli Studi di Napoli "Federico II", Materno Infantile, Napoli, Italia [6]

sessioni pre-registrate accreditate ECM

dal 13 al 16 dicembre

ARTERIA SUCCLAVIA DESTRA ABERRANTE: ASSOCIAZIONE CON DIFETTI CROMOSOMICI E ESITI POSTNATALI IN UN CENTRO DI RIFERIMENTO DI TERZO LIVELLO

Maddalena Morlando⁽¹⁾ - *Carmela Morelli*⁽²⁾ - *Fortuna Del Gaizo*⁽²⁾ - *Adelaide Fusco*⁽²⁾ - *Federica De Fazio*⁽²⁾ - *Laura Di Pietto*⁽²⁾ - *Gianfranco Moccia*⁽²⁾ - *Antonio Schiattarella*⁽¹⁾ - *Pasquale De Franciscis*⁽¹⁾ - *Nicola Colacurci*⁽¹⁾ - *Maria Giovanna Russo*⁽²⁾

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Unità di Diagnosi Prenatale e di Gravidanza ad Alto Rischio, Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Napoli, Italia (1) - Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Unità di Cardiologia Pediatrica, Ospedale Monaldi, Napoli, Italia (2)

ACCURATEZZA PROGNOSTICA DELLO STUDIO VELOCIMETRICO DOPPLER DELL'ISTMO AORTICO NEI FETI CON RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINO PER LA PREDIZIONE DEGLI OUTCOMES PERINATALI SFAVOREVOLI: REVIEW SISTEMATICA

Fabiana Savoia⁽¹⁾ - *Marco La Verde*⁽¹⁾ - *Gaetano Riemma*⁽¹⁾ - *Anna Conte*⁽¹⁾ - *Antonio Schiattarella*⁽¹⁾ - *Marlene Coppola*⁽¹⁾ - *Rossella Papa*⁽¹⁾ - *Salvatore Annona*⁽¹⁾ - *Nicola Colacurci*⁽¹⁾ - *Marco Torella*⁽¹⁾ - *Pasquale De Franciscis*⁽¹⁾ - *Maddalena Morlando*⁽¹⁾

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Napoli, Italia (1)

ANOMALIE DEL DOTTO VENOSO NEL PRIMO TRIMESTRE COME MARKER DI SCREENING PER LE CARDIOPATIE FETALI: REVISIONE SISTEMATICA E META-ANALISI

Marlene Coppola⁽¹⁾ - *Carolina Scala*⁽²⁾ - *Fabiana Savoia*⁽¹⁾ - *Gaetano Riemma*⁽¹⁾ - *Antonio Schiattarella*⁽¹⁾ - *Marco La Verde*⁽¹⁾ - *Anna Conte*⁽¹⁾ - *Salvatore Annona*⁽¹⁾ - *Nicola Colacurci*⁽¹⁾ - *Pasquale De Franciscis*⁽¹⁾ - *Maddalena Morlando*⁽¹⁾

Università Degli Studi Della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento Della Donna, Del Bambino E Di Chirurgia Generale E Specialistica, Napoli, Italia (1) - Ospedale Gaslini, Unità Di Ostetricia E Ginecologia, Genova, Italia (2)

EVIDENZE DI NEUROSVILUPPO FUNZIONALE IN UN CASO DI CHIARI 2 CON CHIRURGIA FETALE DELLA SPINA BIFIDA

Paolo Cavoretto⁽¹⁾ - *Matteo Canini*⁽²⁾ - *Massimo Candiani*⁽¹⁾ - *Girardelli Serena*⁽¹⁾ - *Massimo Origoni*⁽¹⁾ - *Martina Caglioni*⁽¹⁾ - *Andrea Falini*⁽²⁾ - *Cristina Baldoli*⁽²⁾ - *Pietro Mortini*⁽³⁾ - *Stefania Acerno*⁽³⁾ - *Pasquale Anthony Della Rosa*⁽²⁾

Ostetricia Ginecologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (1) - Neuroradiologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (2) - Neurochirurgia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (3)

CHIRURGIA FETALE DELLA SPINA BIFIDA APERTA: REVIEW DEI DIVERSI APPROCCI CHIRURGICI ED ESITI FETALI-NEONATALI.

Serena Girardelli⁽¹⁾ - *Massimo Candiani*⁽¹⁾ - *Massimo Origoni*⁽¹⁾ - *Pietro Mortini*⁽²⁾ - *Stefania Acerno*⁽²⁾ - *Luigi Beretta*⁽³⁾ - *Paolo Silvani*⁽³⁾ - *Andrea Dell'Acqua*⁽³⁾ - *Pasquale Anthony Rosa*⁽⁴⁾ - *Cleisson Fabio Andrioli Peralta*⁽⁵⁾ - *Paolo Cavoretto*⁽¹⁾

Ostetricia Ginecologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (1) - Neurochirurgia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (2) - Anestesiologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (3) - Neuroradiologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (4) - Fetal medicine and Surgery, HCor, San Paolo, Brasile (5)

UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA PER OTTIMIZZARE LA CHIRURGIA FETALE DELLA SPINA BIFIDA NELL'ERA COVID-19

Massimo Candiani⁽¹⁾ - *Massimo Origoni*⁽¹⁾ - *Cleisson Fabio Peralta*⁽²⁾ - *Pietro Mortini*⁽³⁾ - *Stefania Acerno*⁽³⁾ - *Serena Girardelli*⁽¹⁾ - *Luigi Beretta*⁽⁴⁾ - *Andrea Dell'Acqua*⁽⁴⁾ - *Paolo Silvani*⁽⁴⁾ - *Pasquale Anthony Rosa*⁽⁵⁾ - *Paolo Cavoretto*⁽¹⁾

Ostetricia Ginecologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (1) - Fetal Medicine and Surgery, HCor, San Paolo, Brasile (2) - Neurochirurgia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (3) - Anestesiologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (4) - Neuroradiologia, IRCCS San Raffaele, Milano, Italia (5)

EFFICACIA DEL FLOROGLUCINOLO NEL RIDURRE LA PRIMA E LA SECONDA FASE DEL TRAVAGLIO: REVISIONE SISTEMATICA CON META-ANALISI DI STUDI CONTROLLATI RANDOMIZZATI

Antonio Schiattarella⁽¹⁾ - *Gaetano Riemma*⁽¹⁾ - *Giovanni Sisti*⁽²⁾ - *Fabiana Savoia*⁽¹⁾ - *Agnese Rapisarda*⁽³⁾ - *Anna Conte*⁽¹⁾ - *Giuliana Narciso*⁽¹⁾ - *Marica Palma*⁽¹⁾ - *Pasquale De Franciscis*⁽¹⁾ - *Maddalena Morlando*⁽¹⁾

Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Dipartimento della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica, Napoli, Italia (1) - New York Health and Hospitals/Lincoln, Department of Obstetrics and Gynecology, Bronx, NY, Stati Uniti D'America (2) - Università di Catania, Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Medico-Chirurgiche, Catania, Italia (3)

informazioni generali

ON LINE EDITION

<https://triumph.6connex.eu/event/virtualhub/sigo2020/login>

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

La Segreteria Organizzativa sarà disponibile online nell'area "Help Desk" nei seguenti orari:

Domenica 13 Dicembre	dalle 8:00 alle 20:00
Lunedì 14 Dicembre	dalle 8:00 alle 20:00
Martedì 15 Dicembre	dalle 8:00 alle 20:00
Mercoledì 16 Dicembre	dalle 8:00 alle 18:00

Nell'area Help Desk sono disponibili tutte le informazioni riguardanti il congresso e le modalità di navigazione.

SEGRETERIE SIGO - AOGOI - AGUI

L'accesso alle Lounge dedicato alle segreterie SIGO, AOGOI e AGUI sarà disponibile dalla Lobby, dall'area espositiva e dalla networking area.

Le segreterie saranno disponibili per i propri soci nei seguenti orari:

Domenica 13 Dicembre	dalle 15:00 alle 17:00
Lunedì 14 Dicembre	dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 15:00 alle 17:00
Martedì 15 Dicembre	dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 15:00 alle 17:00
Mercoledì 16 Dicembre	dalle 10:00 alle 12:00

ESPOSITORI

Orari di apertura area espositiva

Durante il congresso sarà allestita un'area espositiva virtuale che osserva i seguenti orari:

Domenica 13 Dicembre	dalle 8:00 alle 20:00
Lunedì 14 Dicembre	dalle 8:00 alle 20:00
Martedì 15 Dicembre	dalle 8:00 alle 20:00
Mercoledì 16 Dicembre	dalle 8:00 alle 18:00

NETWORKING AREA

Sarà presente una Networking Area virtuale, dove è possibile, attraverso una chat, condividere con i colleghi le opinioni e i pareri sui contenuti scientifici del Congresso.

L'accesso è consentito solo ai partecipanti del Congresso, non sarà consentito l'accesso alle Aziende come previsto dalle normative AGENAS.

informazioni generali

INFORMAZIONI GENERALI**ISCRIZIONI**

La quota di iscrizione comprende: partecipazione ai lavori scientifici, attestato di partecipazione, attestato ECM, cerimonia inaugurale, accesso area espositiva.

ACCREDITAMENTO ECM

Per il congresso è stato richiesto regolare accreditamento alla Commissione Nazionale per la Educazione Continua in Medicina (ECM) dell'AGENAS. L'accREDITAMENTO è stato effettuato singolarmente per ogni Percorso Formativo Pre-registrato curato dai GISS -Gruppi di Interesse Speciale SIGO, disponibili on demand dal 13 al 16 Dicembre 2020.

I test di verifica saranno attivi dalle ore 09:00 del giorno 13 Dicembre fino alle 23:59 del 16 Dicembre. Oltre tale data non sarà più possibile eseguire i test.

L'assistenza tecnica sarà a disposizione durante i giorni di congresso dalle ore 09:00 alle ore 18:00 scrivendo all'indirizzo email: ecmonline@thetriumph.com.

- I corsi sono accreditati in modalità FAD asincrona, quindi si avrà accesso ai quiz solo se si fruirà il 100% dell'attività formativa nel rispetto delle tempistiche previste;
- Le presenze verranno registrate automaticamente in fase di accesso e uscita dal corso accreditato e l'acquisizione dei crediti avverrà mediante il superamento del 75% delle risposte corrette ai questionari ECM e del questionario di qualità che si compileranno in modalità on line;
- Il partecipante avrà la possibilità di procedere alla compilazione dei questionari fino alla data di scadenza dell'accREDITAMENTO e in caso di mancato superamento del test avrà a disposizione altri 4 tentativi previa ulteriore visualizzazione del corso.

Titolo	h Attività Formative	n. Crediti	Codice evento
GINECOLOGIA ONCOLOGICA	4	4	307729
L'ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA ITALIANA: TRA CULTURA SCIENTIFICO TECNOLOGICA E CURA DELLA DONNA	4	4	307736
LA MENOPAUSA: DALLE EVIDENZE SCIENTIFICHE DI BASE ALLA EVOLUZIONE TECNOLOGICA PER IL BENESSERE DELLA DONNA	4	4	307743
PATOLOGIA DELLA PLACENTA	3	3	307765
CHIRURGIA OSTETRICA	5	5	307754
DIAGNOSI PRENATALE	4	4	307757
GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO	4	4	307758
MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE	4	4	307760
IL BASSO TRATTO GENITALE IN ERA COVID 1: CRITICITA' IN AMBITO PREVENTIVO	5	5	307762
UROGINECOLOGIA	4	4	307764
TOTALE ORE FORMATIVE	41		

informazioni generali

Destinatari:

Categoria: MEDICO CHIRURGO, INFERMIERE, OSTETICO/A, PSICOLOGO, PSICHIATRA

Discipline: MEDICO CHIRURGO

ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; CARDIOCHIRURGIA; CARDIOLOGIA; CHIRURGIA GENERALE; CHIRURGIA PEDIATRICA; CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; GINECOLOGIA E OSTETRICIA; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MALATTIE INFETTIVE; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); MEDICINA LEGALE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEONATOLOGIA; ONCOLOGIA; PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO DI ANALISI CHIMICO-CLINICHE E MICROBIOLOGIA); PEDIATRIA; PEDIATRIA (PEDIATRI DI LIBERA SCELTA); SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA; UROLOGIA;

Informazioni Generali

Durante lo svolgimento del Congresso sarà possibile accedere ai corsi dall' "AUDITORIUM ECM".

Si ricorda che per poter visualizzare i corsi sarà necessario essere iscritti al percorso formativo di interesse.

Qualora la scelta del/dei percorsi formativi non fosse stata effettuata in fase di registrazione al Congresso sarà possibile procedere accedendo alla home page della pagina ecm e cliccando nella lista dei corsi presenti nel box a destra dello schermo.

Una volta finalizzata con successo l'iscrizione il corso apparirà nel box presente a sinistra dello schermo (in caso di raggiungimento del n. max dei posti a disposizione o di compilazione incompleta dell'anagrafica in fase di iscrizione al Congresso apparirà una schermata che indicherà il tipo di errore generato e l'eventuale modalità di risoluzione).

In caso di mancata visualizzazione nel box a sinistra si consiglia di effettuare la cancellazione dei dati di navigazione e rientrare nella pagina.

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELLA PIATTAFORMA

I corsi sono costruiti in una logica di attività concatenate tra loro (le attività si apriranno solo se verrà rispettato il criterio di completamento e accesso all'attività successiva).

La I visualizzazione video prevede un tempo minimo di permanenza pari al numero di ore dichiarate in fase di accreditamento in Agenas.

Qualora si desiderasse interrompere la visualizzazione del video per riprenderla successivamente è necessario cliccare sul tasto apposito e NON chiudere la finestra di navigazione.

In caso di scorrimento rapido del video il sistema non sbloccherà il I tentativo Test ECM.

informazioni generali

Mentre procede con l'attività il partecipante potrà controllare il suo stato di avanzamento dai quadratini presenti sulla destra del monitor:

- In caso di mancato completamento della prima attività visualizzerà un quadratino vuoto (□)
- in caso di completamento dell'attività apparirà una spunta azzurra (a)
- in caso di mancato superamento quiz ECM apparirà una x rossa (x)
- in caso di avvenuto superamento del quiz ECM apparirà una spunta verde (a)

Qualora il partecipante non superasse il quiz ECM al primo tentativo ne avrà a disposizione altri 4 previa ulteriore visualizzazione del video.

NB: Dalla II alla V visualizzazione video non sono imposti vincoli temporali di permanenza.

VALUTAZIONE APPRENDIMENTO E GRADIMENTO ECM: UNICAMENTE ONLINE

Ai fini dell'attribuzione dei crediti ECM, sarà necessario procedere alla visualizzazione dei video e alla compilazione dei questionari di verifica da effettuare obbligatoriamente ed esclusivamente in modalità ONLINE entro le date e gli orari sopra riportati. In caso di mancato superamento del test il discente avrà a disposizione altri 4 tentativi previa ulteriore visualizzazione del corso.

Il discente potrà collegarsi al portale on-line, dal proprio cellulare/smartphone e/o dal proprio computer, entrando con le proprie credenziali (username e password), al seguente link: <https://triumph.6connex.eu/event/virtualhub/sigo2020/login>

ATTESTATI ECM

Una volta svolte con successo tutte le attività obbligatorie presenti nel corso (visualizzazione video, questionario ecm superato con successo, avvenuta compilazione del questionario qualità e dichiarazione di reclutamento) cliccando sull'etichetta "Certificato" verrà generato l'attestato di acquisizione crediti ecm che sarà scaricabile dal box "certificati" presente in alto a destra nella schermata home page.

RECLUTAMENTO PARTECIPANTI:

Il 18 Gennaio 2011 La Commissione Nazionale Formazione Continua Determina e Definisce quanto segue:

i professionisti sanitari possono usufruire di sponsorizzazioni dirette da parte delle imprese fino al raggiungimento di 50 crediti ECM, dei 150 crediti complessivi da acquisire nell'arco del triennio 2020/22 e a patto che tali partecipazioni vengano notificate all'ordine di appartenenza.

PROCEDURA PER ACQUISIZIONE CREDITI ECM

La legislazione in materia di ECM non prevede l'assegnazione dei crediti formativi agli specializzandi e ad altre professioni/discipline non accreditate.

Per il 95° Congresso Nazionale SIGO stati accreditati n. 10 percorsi formativi in modalità asincrona.

I corsi saranno attivi per la visualizzazione dei video e la successiva compilazione dei questionari dalle ore 09:00 del 13/12/2020 alle ore 23:59 del giorno 16/12/2020.

L'assistenza tecnica sarà a disposizione durante i giorni di congresso dalle ore 09:00 alle ore 18:00 scrivendo all'indirizzo email: ecmonline@thetriumph.com

Sarà possibile accedere ai corsi cliccando sul pulsante "AUDITORIUM ECM".

Si ricorda che per poter visualizzare i corsi sarà necessario essere iscritti al percorso formativo di interesse.

Qualora la scelta del/dei percorsi formativi non fosse stata effettuata in fase di registrazione al Congresso sarà possibile procedere accedendo alla home page della pagina ecm e cliccando nella lista dei corsi presenti nel box a destra dello schermo.

Una volta finalizzata con successo l'iscrizione il corso apparirà nel box presente a sinistra dello schermo (in caso di raggiungimento del n. max dei posti a disposizione o di compilazione incompleta dell'anagrafica in fase di iscrizione al Congresso apparirà una schermata che indicherà il tipo di errore generato e l'eventuale modalità di risoluzione).

In caso di mancata visualizzazione nel box a sinistra si consiglia di effettuare la cancellazione dei dati di navigazione e rientrare nella pagina.



SIGO 2020

13-16 dicembre | online edition

La ginecologia in Italia e nel mondo nell'era post Covid

programma scientifico

Presidenti

Antonio Chiantera
Elsa Viora
Nicola Colacurci
Sandro Viglino



95° Congresso Nazionale



60° Congresso Nazionale



27° Congresso Nazionale



3° Congresso Nazionale

CONTRIBUTI TROJANO / CIRESE

segue da pag 17

negative derivanti da una piatta adesione dei medici alle raccomandazioni contenute nelle linee guida, allorché le stesse non siano opportunamente adattate al caso clinico concreto, ma utilizzate in maniera acritica, dando luogo a condotte improntate meramente a un'ottica di "medicina difensiva", a discapito della salute del paziente. Alla luce di quanto sin qui detto, poiché le raccomandazioni delle linee guida riflettono lo stato dell'arte su un determinato argomento clinico in un preciso momento storico, tenuto conto della qualifica degli estensori ("enti e istituzioni pubblici e privati" e "società scientifiche" e "associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute") e della qualità metodologica di elaborazione, che ne garantiscono l'autorevolezza e un adeguato livello di scientificità, nelle cause di responsabilità medico-sanitaria le stesse costituiranno il canone di valutazione dell'appropriatezza della condotta posta in essere (o omessa) dagli esercenti le professioni sanitarie: tendenzialmente, si avrà la condanna del medico per esito infausto di un trattamento medico-chirurgico o diagnostico causale dovuto al mancato rispetto delle linee guida, mentre la loro osservanza comporterà, di regola, il buon esito del processo.

Ciò, tuttavia, può affermarsi solo in linea di massima poiché, come già ampiamente sottolineato, l'inosservanza delle linee guida non può comportare, *sic et simpliciter*, una responsabilità del medico, così come l'adesione alle stesse non è di per sé sufficiente ad escluderla.

Le linee guida non possono essere, infatti, utilizzate impropriamente in campo medico-legale per sostenere l'esistenza di un comportamento colposo a carico del sanitario che, fornendo le dovute motivazioni, se ne discosti, proprio in considerazione dei già rilevati limiti delle stesse dal punto di vista statistico-epidemiologico, soprattutto in ipotesi di quadri clinici atipici.

Siccome spetta al professionista sanitario valutare se e in quale misura i comportamenti astrattamente raccomandati per determinate situazioni cliniche siano applicabili al caso clinico particolare, per non incorrere in future critiche e censure al proprio operato egli dovrà essere in grado di motivare e documentare l'opzione diagnostico-terapeutica adottata, fermo restando l'adempimento dell'obbligo informativo nei confronti del paziente, al quale dovrà illustrare, tra l'altro, l'esistenza di eventuali alternative diagnostiche e/o terapeutiche e i rischi connessi alla metodica prescelta.

Appare d'uopo, anche in un'ottica probatoria, che il sanitario metta per iscritto le ragioni che lo hanno indotto a compiere una determinata scelta di diagnosi e/o di cura, così da poter documentare tale scelta, che dovrà essere condivisa con il paziente.

Tirando le fila del discorso, l'esercente la professione sanitaria è tenuto a muoversi, da un lato, nel rispetto dei percorsi diagnostico-terapeutici previsti dalle linee guida e, dall'altro, nell'osservanza dei principi di deontologia medica, i quali privilegiano la libertà decisionale e la tutela della salute del paziente.

Pur a fronte del riconoscimento da parte del Legislatore della rilevanza delle raccomandazioni delle linee guida – per fornire soluzioni diagnostiche, prognostiche e terapeutiche di sperimentata efficacia, uniformando la condotta dei sanitari di fronte a determinate situazioni cliniche – non appare, tuttavia, né ammissibile né condivisibile un rigorismo eccessivo che possa pregiudicare l'autonomia e la libertà decisionale del medico.

Occorre prendere in considerazione le contingenze

del caso concreto per valutare la concreta esigibilità della condotta astrattamente doverosa sulla base delle linee guida.

La mera applicazione delle linee guida non vale, di per sé, ad esonerare il sanitario dall'obbligo risarcitorio: la valutazione della condotta del professionista, attraverso la consulenza tecnica d'ufficio disposta dal giudice, imporrà infatti di considerare se "le specificità del caso concreto" richiedessero o, quantomeno, suggerissero l'adozione di scelte differenti da quelle raccomandate dalle linee guida.

Non sarà, pertanto, esclusa la responsabilità dell'esercente la professione sanitaria che abbia posto in essere condotte previste dalle linee guida, rivelatesi errate, allorché si dimostri la loro incompatibilità con i canoni di prudenza, diligenza e perizia.

Come osservato già in passato in dottrina, considerato che l'utilizzo delle linee guida nella pratica clinica non assicura, di per sé, una sorta di copertura medico-legale, l'adesione alle stesse non può ridursi, neppure dopo l'emanazione della "Legge Gelli", a un automatismo deresponsabilizzante, ma deve corrispondere alla sintesi fra l'oggettività delle evidenze scientifiche, la soggettività del paziente e l'autonomia del medico. In conclusione può affermarsi che la legge 24/2017 ha valorizzato il ruolo delle linee guida dando conto della loro natura così come identificata dalla giurisprudenza ma anche in sintonia con le esigenze maturate nell'ambito della medicina. Per la scienza medica infatti, le linee guida hanno assunto una natura diversa rispetto al passato, non derivando più solo da una disamina della letteratura di settore, bensì costituendo delle raccomandazioni di comportamento clinico-assistenziale prodotte attraverso un puntuale processo sistematico di revisione della letteratura scientifica che tiene conto delle "opinioni degli esperti". La qualità e la forza delle linee guida derivanti da detto processo, creano le condizioni per consentire il monitoraggio della pratica clinica, individuando i comportamenti clinici più appropriati. Si crea così un circolo virtuoso di indicazione e stimolo per il miglioramento continuo dell'attività assistenziale. In coerenza con i nuovi dettami della scienza medica in materia, il legislatore ha tenuto conto che la buona qualità e autorevolezza delle linee guida poggiano su quattro fondamentali pilastri: il coinvolgimento di tutte le parti in causa, il rigore metodologico, l'indipendenza editoriale. Il rigore metodologico del processo di emissione e validazione, l'identificazione ed il controllo sugli erogatori scongiurano i pericoli dell'autoreferenzialità o dell'inaffidabilità. Gli artt. 5 e 6 della legge e l'ancoraggio all'affidabilità e all'autorevolezza delle società scientifiche ed enti sottoposti al rispetto di rigorosi requisiti, risponde anche all'esigenza di obiettività dell'addebito nei processi penali, fondata non sul parere personale di un consulente tecnico o perito, bensì sull'esame della condotta del professionista, attraverso il filtro di regole che non la generica "comunità scientifica" ma enti erogatori accreditati approvino, salvo la specificità del caso concreto. Tutto ciò non è di poco conto. Basti pensare a quante volte nei processi ci si è trovati al cospetto di tesi personali e mancata sottoposizione al magistrato di informazioni scientifiche precise e fondate che gli consentano di comprendere quale sia la regola tecnica applicabile al giudizio di responsabilità.

06

CONTRIBUTI

La pandemia Covid-19 ha causato una pressione molto forte sul nostro sistema sanitario nazionale e regionale, ed è stato necessario riorganizzare l'assistenza territoriale e quella ospedaliera, potenziando le risorse e i posti letto delle specialistiche necessarie per l'assistenza ai malati di coronavirus (terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia). Anche i Dipartimenti di Prevenzione hanno potenziato strategie di sanità pubblica volte al contenimento dell'epidemia di Covid-19



CARLO MARIA STIGLIANO

DA UN'INDAGINE promossa dal ministero della Salute (nota n. 18480 del 28 maggio 2020) è emerso che durante il periodo dell'emergenza determinata dall'infezione da Covid-19 le attività vaccinali sono diminuite in Italia: i risultati mostrano che la quasi totalità delle Asl prese in esame - 94 su un totale di 97 - per una percentuale del 96,9%, ha registrato una diminuzione delle vaccinazioni durante l'emergenza da Covid-19. E tra queste quella contro l'Hpv è quella che ha subito il calo maggiore. Purtroppo la seconda ondata della pandemia ha riprodotto la situazione precedente con un aggravamento di fatto delle difficoltà e delle carenze anche nell'ambito delle vaccinazioni e della prevenzione in generale.

La vaccinazione per la prevenzione del cervicarcinoma è purtroppo tra quelle che hanno subito il maggior calo di somministrazione a seguito dell'emergenza Covid.

Al fine di superare la criticità riscontrata, il ministero della Salute, mediante la Circolare n. 0025631/2020, ha formulato una serie di raccomandazioni operative rivolte alle regioni e province Autonome, allo scopo di ripristinare e rafforzare le attività di vaccinazione.

Come indicato recentemente da Oms e Unicef, le attività di vaccinazione dovrebbero essere urgentemente riprese e rafforzate:

- ripristinando i servizi di vaccinazione
- rafforzando la comunicazione
- recuperando le lacune immunitarie che si possono essere create durante l'emergenza Covid-19
- espandendo i servizi per le vaccinazioni di routine per raggiungere i non vaccinati.

In Italia, a partire dal 2007-2008, la vaccinazione anti-Hpv è offerta gratuitamente e attivamente alle bambine nel dodicesimo anno di vita (undici anni compiuti). In base alle indicazioni del Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (Pnpv 2017-1019) a partire dal 2018 la vaccinazione gratuita nel corso del dodicesimo anno di età (coorte 2006 per

“**La sospensione delle attività di prevenzione causate dalla pandemia, rende ancora più urgente la riattivazione dei servizi dedicati ed una vigorosa ripresa del messaggio comunicativo ai cittadini sull'importanza della vaccinazione e sui rischi legati all'infezione da papillomavirus sia per la popolazione femminile che per quella maschile**”

Covid.

Lo stop della prevenzione del carcinoma cervicale

REGIONI	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (n.)	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (%)	Tassi di identificazione attesi	N. casi diagnosticati in meno	Ritardo accumulato in mesi standard*
Abruzzo	4.779	48,87	5,66	27,1	2,4
P.A. Bolzano	3.662	41,20	ND		2,1
Basilicata	np*		1,81		
Calabria**	7.155	63,66	10,03	71,8	3,2
Campania	26.823	60,59	2,04	54,8	3,0
Emilia Romagna	51.854	62,87	5,24	271,8	3,1
Friuli VG	11.419	42,46	4,92	56,2	2,1
Lazio	30.024	56,47	4,38	131,4	2,8
Liguria	11.232	60,49	5,39	60,6	3,0
Lombardia	24.455	62,53	3,81	93,2	3,1
Marche	12.700	54,98	2,82	35,9	2,7
Molise	667	42,57	ND		2,1
Piemonte	38.845	55,43	6,40	248,6	2,8
Puglia***	21.680	50,57	0,38	8,3	2,5
Sardegna	8.502	45,07	5,11	43,4	2,3
Sicilia	27.883	63,07	1,84	51,3	3,2
Toscana	31.309	45,01	6,44	201,6	2,3
Trentino	5.985	50,48	5,15	30,9	2,5
Umbria	8.013	48,21	12,28	98,4	2,4
Valle D'Aosta	1.551	54,92	2,96	4,6	2,7
Veneto	42.735	56,48	4,35	185,8	2,8
ITALIA	371.273	55,28	4,46	1675,7	2,8

*numero screenati in meno primi 5 mesi 2020/ (numero screenati primi 5 mesi 2019/5)
 **tasso di identificazione disponibile per 1 solo programma, che ha inviato i dati
 ***tasso di identificazione verificato come da questionari ricevuti
 *non pervenuto

il 2018) è prevista anche per i maschi. La maggior parte delle regioni prevede, inoltre, la gratuità o il pagamento agevolato della vaccinazione per altre fasce di età, non oggetto di chiamata attiva né di attività di recupero.

I dati del ministero della Salute aggiornati al 31 dicembre 2018, indicano che la copertura vaccinale per la coorte degli undicenni che hanno completato il ciclo vaccinale era risultata pari al 40,34 per cento nelle femmine, e pari al 20,82 per cento nei maschi, con un'ampia variabilità regionale. È noto che sebbene la mortalità per carcinoma della cervice si sia ridotta drasticamente negli ultimi 20 anni grazie ai programmi di *screening*, la vaccinazione, in quanto forma di prevenzione primaria, riduce notevolmente l'incidenza delle lesioni precancerose e il relativo impatto sulla salute e sulla Sanità pubblica.

Tuttavia secondo i dati più recenti diffusi del Ministero, soltanto il 60% delle ragazze che rientrano nel target primario del programma di immunizzazione risulta protetto contro i tumori correlati all'Hpv e soltanto una donna su due ha eseguito il Pap-test o Hpv-Dna test, aderendo ai programmi di screening organizzato nelle diverse Regioni.

Occorre sottolineare l'importanza della vaccinazione universale, utile non solo per l'immunità di gregge, ma anche per la copertura dei maschi omosessuali, nei quali, l'incidenza di tumori anali e lesio-

ni pre-cancerose Hpv-correlate è molto più elevata rispetto agli eterosessuali. In Italia si stima una spesa complessiva per le patologie Hpv-correlate di circa 528 milioni, di cui 211 attribuibili alle patologie del sesso maschile. La vaccinazione anti-Hpv potrebbe portare ad un risparmio di 70 milioni/anno.

La vaccinazione anti-Hpv è offerta, come detto, gratuitamente a ragazze e ragazzi di 11 anni in tutte le Regioni, e in alcune di queste anche alle donne di 25 anni e alle donne trattate per lesioni precancerose Hpv-correlate. È inoltre prevista la possibilità di catch-up gratuito fino a età diverse, in base alle Regioni. Soprattutto nelle donne adulte, un corpo sempre più consistente di evidenze di letteratura dimostra efficacia e sicurezza della vaccinazione per tutta la durata della vita fertile.

Il costo-beneficio della vaccinazione è stato documentato da uno studio di simulazione italiano, che ha valutato l'impatto delle politiche vaccinali anti-Hpv. Lo studio ha dimostrato che, ai tassi di copertura delle donne vaccinate nel 2012, la prevenzione primaria può ridurre del 44% circa i condilomi, del 40% le lesioni pre-cancerose e di oltre il 50% i casi di carcinoma della cervice uterina e delle morti correlate.

La sospensione delle prestazioni di *screening* che si è verificata nei mesi di marzo e aprile 2020, ancorché in modo non omogeneo su tutto il territorio naziona-

le, purtroppo subisce tuttora ritardi a causa della seconda ondata della pandemia. A partire da maggio, i programmi di *screening* erano stati riattivati, anche in questo caso però con tempistiche, intensità e modalità diverse fra le varie Regioni e all'interno della stessa Regione, in condizioni aggravate per la ripresa autunnale del contagio da Covid-19.

L'Osservatorio Nazionale *Screening* (Ons) ha condotto una "survey quantitativa" mediante l'invio di un'apposita scheda a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di *screening* oncologici alla fine del mese di giugno. Essa sarà ripetuta nell'ottobre di questo anno. Lo scopo della survey è stato quello di confrontare il numero di inviti e di esami fatti nel primo quadrimestre e nel maggio 2020 rispetto al 2019 negli stessi intervalli temporali. In tal modo si è pensato di misurare il ritardo accumulato nel rispetto all'anno precedente e, considerando solo il mese di maggio, la velocità di ripartenza dei programmi.

SCREENING CERVICALE

La prevenzione del carcinoma cervicale ha subito uno stop duplice: quello dello *screening* e quello della vaccinazione anti-Hpv. Per quanto riguarda lo *screening*, delle 20 Regioni che hanno compilato la survey quantitativa, solo 13 (65%) hanno riavviato l'erogazione dei test di *screening* cervicale (Pap test o Hpv test) nel mese di maggio 2020. Molte Regioni sono ripartite ma hanno eseguito un numero ridotto di esami e solo 5 Regioni (Abruzzo, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Valle D'Aosta) nel mese di maggio hanno eseguito un numero almeno pari al 20% degli esami eseguiti nel maggio del 2019.

La seguente tabella riporta il confronto fra primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019 riguardo il numero e la percentuale di test (Pap test e test HPV) eseguiti in meno, la stima delle lesioni CIN2+ non diagnosticate a causa del ritardo e il numero di mesi standard di ritardo accumulati. I test di *screening* eseguiti in meno rispetto al 2019 sono complessivamente 371.273 (55,3%). Ci sono piccole oscillazioni fra le Regioni, comunque nessuna Regione alla fine di maggio 2020 ha accumulato ritardi inferiori al 40%. Questo valore trasformato in tempo di ritardo medio di 2,8 mesi standard (con oscillazioni che vanno da 2,1 a 3,2 mesi standard).

Il numero di lesioni CIN2+ non diagnosticati è stimato in 1.676. Questi esami in meno portano a stime di lesioni tumorali non individuate pari a 1.676 lesioni della cervice CIN2+.

L'Osservatorio nazionale *screening* ha programmato di verificare come stia evol-

vendo la situazione con la conduzione di una survey quantitativa analoga nel prossimo mese di ottobre.

EFFICACIA DELLA VACCINAZIONE ANTI-HPV POST-TRATTAMENTO: DAI DATI DI LETTERATURA ALLE NUOVE LINEE GUIDA

Le recidive delle lesioni CIN2+ sono un'evenienza di cui tenere conto nel follow-up post-trattamento, in particolare in presenza di margini coinvolti e di tipi Hpv ad alto rischio. Recenti evidenze di letteratura supportano un ruolo adiuvante dei vaccini anti-Hpv nella prevenzione delle recidive in donne già trattate per lesioni Hpv-correlate.

Le nuove Linee Guida Condivise, pubblicate nel Sistema Nazionale Linee Guida (Roma, 21 luglio 2020), per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina e sulla vaccinazione anti-HPV post-trattamento, sono state elaborate ad opera del Gisci in collaborazione con Aogoi, Aio, Siapec-Iav, Sici, Sicpcv, Sigo, SItI, Siv-Isv; alla luce delle nuove evidenze di letteratura sono stati evidenziati i vantaggi clinici della vaccinazione dopo trattamento sia in termini di riduzione delle recidive sia anche per i conseguenti vantaggi economici, individuali e a carico del Ssn legati alla riduzione dei trattamenti ripetuti negli anni successivi.

PERCHÉ È IMPORTANTE RIPRENDERE LA VACCINAZIONE ANTI-HPV DOPO LO STOP DA CORONAVIRUS

A causa della sospensione delle attività vaccinali durante il *lock-down*, anche le vaccinazioni anti-Hpv sono state sospese. Tuttavia, ritardare o bloccare la prevenzione comporta il rischio di aumentare le lesioni correlate all'Hpv, compresi i tumori.

Il trend sulle coperture vaccinali anti-Hpv era già negativo prima della pandemia, sia nella popolazione femminile (coorti di nascita 1997-2006) che in quella maschile (coorti di nascita 2003-2006). Nelle ragazze, i dati sulla coorte 2006 si assestano al 61,7% per la prima dose e al 40,3% per il ciclo completo, confermando l'andamento negativo delle rilevazioni per l'ultima coorte di chiamata attiva. Nei ragazzi, nella coorte 2006, si rilevano coperture del 24,1% per la prima dose e del 19,3% per il ciclo completo.

La sospensione o comunque il differimento delle attività di prevenzione causate dalla pandemia, rende ancora più urgente la riattivazione dei servizi dedicati ed una vigorosa ripresa del messaggio comunicativo ai cittadini sull'importanza della vaccinazione e sui rischi legati all'infezione da papillomavirus sia per la popolazione femminile che per quella maschile.

Il 17 novembre scorso, l'Oms ha infatti lanciato ufficialmente la strategia di eliminazione del cancro al collo dell'utero, che si pone l'obiettivo di ridurre, entro il 2050, di oltre il 40% i nuovi casi di malattia e di 5 milioni i decessi.

È la prima volta che i 194 Paesi membri dell'Organizzazione si impegnano a eliminare una forma di cancro.

Prosegue il percorso di valorizzazione del pensiero ginecologico

Un cammino realizzato grazie a tutti i colleghi che collaborano per aiutarci a redigere linee guida e protocolli di interesse specialistico e a portare avanti le iniziative della Fondazione. Un lavoro svolto volontariamente e gratuitamente che merita tutta la nostra profonda gratitudine



ANTONIO RAGUSA
Presidente della
Fondazione Confalonieri
Ragonese

ANCHE IN QUESTO ANNO che ci ha messi, e ci sta mettendo, a dura prova, la Fondazione Confalonieri Ragonese - un "Think tank" della ginecologia e per la ginecologia, che punta a sviluppare un percorso di valorizzazione del pensiero ginecologico, attraverso la sintesi delle conoscenze in materia scientifica, assistenziale e legislativa - ha portato avanti la sua mission: la produzione costantemente aggiornata di documenti che possano supportare i professionisti nel loro agire quotidiano e contestualmente orientare le Istituzioni per le scelte che sono chiamate a compiere in campo normativo.

Ricordo che la Fondazione Confalonieri Ragonese ha ricevuto mandato ufficiale dalle tre principali Società Scientifiche del settore ostetrico ginecologico Italiano, Aogoi-Agui-Sigo, di stilare le linee guida e i protocolli di interesse specialistico. Un obiettivo che negli anni passati abbiamo raggiunto. A giugno 2018 sono state infatti pubblicate, sui siti delle Società, tre raccomandazioni: la Raccomandazione n. 4 "Nutrizione in gravidanza e durante l'allattamento"; la raccomandazione n. 5 "Diagnosi e trattamento dell'endometriosi"; la raccomandazione n. 6, "Monitoraggio cardiocografico in travaglio". Nel 2019 la Fondazione ha pubblicato le raccomandazioni per "L'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale" e quelle per "L'Utilizzo appropriato della contraccezione ormonale".

Dando continuità alla nostra attività, quest'anno la Fondazione, grazie al lavoro infaticabile e svolto a titolo gratuito da colleghi provenienti da tutta Italia ha rieditato e debitamente aggiornate le due raccomandazioni prodotte nel 2016: "Gestione del parto pretermine" e "Gestione della gravidanza multipla" ed anche la Raccomandazione per "L'assistenza alla donna vittima di violenza sessuale" e sarà ora disponibile la versione aggiornata della Raccomandazione su "Induzione al travaglio". L'aggiornamento di queste quattro raccomandazioni ha comportato un lavoro lungo e faticoso da parte di colleghi che lo hanno svolto, ripeto volontariamente e gratuitamente e per i quali io nutro profonda gratitudine.

Questo lavoro ci differenzia da altre Istituzioni, anche prestigiose, statali e parastatali, che producono Raccomandazioni/Linee guida, anche di buon livello, ma non provvedono ad aggiornarle. Ritengo essenziale il lavoro di continuo aggiornamento, che mette a disposizione dei colleghi italiani opere allo stato dell'arte attuale.



La Fondazione ha inoltre nominato dei facilitatori, che, avvalendosi di ottimi collaboratori ed estensori, stanno proseguendo nel lavoro di elaborazione di nuove raccomandazioni: Giuseppe Battagliarin per la distocia delle spalle, Enrico Vizza per la prevenzione e gestione delle complicanze durante gli interventi chirurgici laparoscopici, Rinaldo Denise per l'assistenza al travaglio e al parto della donne precesarizzate e premiettizzate. Fabio Facchinetti per le raccomandazioni di comportamento nella gestione della morte fetale endouterina e Claudio Crescini per il parto operativo con ventosa ostetrica.

La preparazione di una raccomandazione è un processo lungo e complesso, i facilitatori e gli estensori elaborano il documento, dapprima in piena autonomia, successivamente il documento è inviato ai presidenti delle società scientifiche, che lo analizzano e lo integrano, avvalendosi eventualmente di ulteriori collaboratori. Il documento è poi ulteriormente esaminato dal facilitatore e dal Presidente della Fondazione e solo allora, se giudicato adeguato pubblicato in veste ufficiale, sui diversi siti delle Società Scientifiche. Inoltre la Fondazione si è fatta parte attiva per promuovere un disegno di legge per creare un sistema che preveda il rimborso alle famiglie cui è nato un bambino affetto da paralisi cerebrale infantile, senza che vi sia la necessità di dimostrare la colpa medica (sistema no fault). Tale sistema già attivo da più di dieci anni in Giappone, ha ridotto di ben due terzi le denunce contro gli operatori della sala parto.

Per questo la Fondazione ha pubblicato un ap-

pello su Quotidiano Sanità "Paralisi cerebrale infantile. Chi paga in caso di evento avverso? In Giappone costituito un fondo ad hoc per risarcire i familiari. Facciamolo anche qui da noi" e ha organizzato e condotto un importante convegno sulla paralisi cerebrale infantile, che si è tenuto l'anno passato a Milano, presso la Clinica Mangiagalli, invitando anche il responsabile giapponese del progetto. Un convegno che ha goduto di una buona risonanza di stampa. Da questa esperienza è nato il capitolo di un libro sull'argomento, che sarà pubblicato negli Usa da Springer l'anno prossimo. La fondazione continua con forza a perseguire l'obiettivo di creare in Italia un sistema simile a quello giapponese. L'anno prossimo la Fondazione sarà presente con una special session su questo argomento al congresso ISQua 2021, che si terrà a Firenze. Le conferenze ISQua sono una piattaforma internazionale per fare rete, condividere le idee e promuovere l'innovazione, il tutto nella speranza di migliorare e supportare un'assistenza sanitaria sicura in tutto il mondo, vi parteciperanno oltre 1.500 professionisti medici e sanitari, provenienti da oltre 80 paesi. Infine, devo ancora e sempre ringraziare tutti i colleghi che generosamente si mettono a disposizione per aiutarci a redigere le raccomandazioni e a portare avanti le nostre iniziative, senza di loro a nulla varrebbe il nostro sforzo.



“

Per una corretta gestione dell'ostetrica della gravidanza a basso rischio, la sua formazione in service deve comprendere un'appropriate conoscenza della fisiologia della gravidanza

08

CONTRIBUTI

La formazione e le competenze dell'ostetrica nell'ambito del percorso formativo Ecm gravidanza basso rischio

La formazione continua

delle professioni sanitarie (in service) promuove l'aggiornamento in relazione all'uso di nuove metodologie lavorative e tecnologie e l'adeguamento a nuove disposizioni legislative, per migliorare le prestazioni professionali correlate alle attività di competenza del professionista



MARIA VICARIO
Presidente Federazione Nazionale degli Ordini della professione ostetrica (Fnopo)

LA FORMAZIONE IN SERVICE dell'ostetrica traduce in pratica le nuove esigenze in termini di conoscenze e competenze sollecitate dal contesto scientifico e culturale, ed è un obbligo deontologico e legislativo. Così il punto 2.4. del Codice Deontologico 2010 e s.m. e i. dell'ostetrica: "L'ostetrica/o cura con assiduità il proprio aggiornamento professionale scientifico e tecnico e contribuisce alle attività di formazione e aggiornamento delle/dei colleghe/i, degli altri professionisti sanitari e del personale di supporto". Articolo 1 comma 4 del DM 740/1994: "L'ostetrica/o contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".

L'Accordo Stato Regioni 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", ridisegna su due Livelli le Uu.Oo di ostetrica e neonatologia/Tin sui volumi di attività e indica gli standard dei Punti Nascita (PN) per garantire efficienza, efficacia, qualità e sicurezza del percorso nascita.

Delle 10 azioni previste dall'Accordo, si segnalano la n. 3, la n. 6 e la n. 8.

AZIONE N. 3 promuove la presa in carico e la continuità per il miglioramento della qualità assistenziale in gravidanza, troppo spesso frammentata fra gravidanza, parto e puerperio. Mancano, spesso, chiare distinzioni fra i percorsi di gravidanze a basso, alto rischio o patologiche. Evidenze scien-

tifiche dimostrano che l'assistenza di sole ostetriche nella gravidanza fisiologica, a supporto della naturalità della nascita in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora qualità-sicurezza delle cure e la soddisfazione delle donne;

AZIONE N. 6 richiede il potenziamento delle capacità di prevenzione e gestione del rischio sanitario per le peculiarità dell'ostetrica, nel rispetto dei criteri di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure;

AZIONE N. 8 impone alle aziende di rendere prioritari, nelle attività di formazione continua Ecm aziendale e regionale, percorsi di formazione/aggiornamento dei professionisti del percorso nascita, con modalità integrate.

Il 2010 passerà alla storia dei servizi alla nascita, in Italia per le indicazioni normative (Asr 16 dicembre 2010) e le raccomandazioni (Iss/Lg Gravidanza Fisiologica 2010).

Da menzionare, poi, le raccomandazioni nella Linea Guida Gravidanza Fisiologica (GF) e, per l'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza, la risposta al quesito n. 2 "Quali professionisti devono offrire l'assistenza?": alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o. In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetrica e di altri specialisti.

Il Comitato percorso nascita nazionale (Cpnn), che coadiuva le regioni nella costruzione di rete dei punti nascita, ha promosso linee di indirizzo organizzative che offrono modelli assistenziali

nelle gravidanze a basso rischio dove è centrale il ruolo dell'Ostetrica. Le linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (Bro) sono il modello ministeriale che promuove soluzioni organizzative rispondenti a criteri di qualità e sicurezza, per una maggiore continuità nell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio. La continuità offerta alla donna debitamente informata consente la scelta del setting assistenziale, previa valutazione clinica di condizioni e specifico rischio. Alla comparsa di fattori di rischio, l'ostetrica deve consultare il medico per la valutazione collegiale e la definizione del percorso da proporre/programmare alla donna.

Per una corretta gestione dell'ostetrica della gravidanza a basso rischio, come da raccomandazioni Iss, la sua formazione in service deve comprendere un'appropriate conoscenza della fisiologia della gravidanza per individuare situazioni cliniche che, deviando dalla norma e se non riconosciute in tempo, possono avere esiti negativi per madre e bambino. La formazione in service ostetrica deve prevedere la componente teorica e quella pratica svolte in strutture di riferimento per la gestione in autonomia ostetrica della gravidanza basso rischio: le Aree funzionali Bro (Genova/Torino/Firenze) e le sedi di modelli Gestione autonoma Bro dove, pur non essendovi Aree funzionali Bro, hanno modalità assistenziali condivise tra ginecologi e ostetriche che permettono alle partorienti di scegliere o l'assistenza esclusiva delle ostetriche o modelli di Ostetrica e Ginecologia.

L'aggiornamento interdisciplinare è tra gli Standard delle Aree funzionali Bro: personale ostetrico e medico condividono percorsi periodici di aggiornamento interdisciplinare, con la gestione di urgenza/emergenza ostetrica e neonatale. Quest'ultima supervisionata da Pediatri/Neonatologi, con riferimento ai volumi di attività delle Aree funzionali Bro.

09

CONTRIBUTI

Screening e diagnosi prenatale prima e durante emergenza Covid-19

Il benessere materno-fetale si avvale di procedure di screening e di diagnosi prenatale invasiva. Attualmente, i test di screening più utilizzati sono, al primo trimestre di gravidanza, il test combinato (Traslucenza Nucale Fetale e Papp-A + free beta Hcg) con 90-95% di sensibilità e 3% di falsi positivi



GIOVANNI MONNI
Direttore Ostetricia e ginecologia e Medicina fetale Ospedale microcitemico Cagliari

ALTRI SOFT MARKERS ecografici come il nasal bone, il rigurgito della tricuspide, il dotto venoso, a cui può essere aggiunto il test per la pre-eclampsia, sono di aiuto per ridurre la percentuale dei falsi positivi. Da alcuni anni è disponibile anche il test genetico cell-free Dna (Nips: non-invasive prenatal screening) per le 3 principali trisomie 21-18-13 con una sensibilità alta per la trisomia 21 (99%) ma inferiore per le altre due (90% e 97% rispettivamente, con bassi falsi positivi). Al secondo trimestre possono essere eseguiti, seppur con sensibilità inferiore, il tritest (Afp, Ue3 e free beta Hcg) e quadritest (Afp, Ue3, free beta Hcg e inibina).

Per quanto riguarda i test invasivi diagnostici, quelli più utilizzati sono la Cvs (Chorionic Villous Sampling) al 1° trimestre e l'amniocentesi al 2° trimestre. Quando l'esame ecografico identifica una malformazione fetale, si può parlare di esame diagnostico ecografico che può individuare il 50% delle maggiori anomalie strutturali e funzionali. In questo breve report vengono descritti i dati dello screening e delle procedure invasive eseguite durante la pandemia Coronavirus (10 marzo-18 maggio 2020).

Durante le 10 settimane (marzo-maggio 2020) il Centro di riferimento di Cagliari ha offerto tutte le procedure materno-fetali, considerate essenziali e non differibili in accordo con il ministero della Salute, alle gravide afferite alla Sc Gineco-

logia e Ostetricia, osservando la distanza di almeno 1 metro, provvedendo all'aerazione continua degli ambienti e alla disinfezione accurata degli strumenti e degli spazi. Il primo contatto con le pazienti per prenotazione e triage è avvenuto via telefono o mail e l'accesso in ospedale dopo adeguato triage eseguito all'interno della Struttura. Nel caso di sospetto o positività al Covid, le procedure sono state eseguite in tenda medica, donata dalla Protezione Civile, situata all'esterno dell'ospedale.

All'interno della tenda erano adibiti 3 spazi separati attrezzati per interventi, uno per vestizione di operatori e pazienti, uno per anamnesi e triage ed infine un terzo spazio adibito per prelievi venosi, screening e procedure prenatali invasive. Dopo ogni procedura in tenda è stata eseguita accurata sanificazione. Gli operatori sanitari sono stati testati periodicamente per il coronavirus tramite tampone naso-faringeo.

Abbiamo voluto confrontare l'attività svolta nell'intervallo di tempo compreso tra il 10 marzo e il 18 maggio 2020 con lo stesso periodo dell'anno precedente 10 marzo - 18 maggio 2019 per osservare le differenze nel nostro centro di riferimento in Sardegna durante le 10 settimane.

Routinariamente, al Centro del Microcitemico si eseguono in un anno oltre 4mila screening combinati che corrispondono circa al 50% delle nascite in Sardegna e durante l'epidemia la richie-

sta di questo test è aumentata del 20% circa. Tale aumento è probabilmente dovuto alla momentanea o parziale riduzione delle attività sia negli studi privati che in alcune sedi ospedaliere. Nelle 10 settimane del 2020, gli screening nel secondo e terzo trimestre sono rimasti pressoché invariati rispetto all'anno precedente. Per quanto riguarda i test diagnostici, abbiamo registrato lo stesso numero di procedure invasive: 149 nel 2019 e 150 nel 2020 rispettivamente, ma, il dato differente è stato l'aumento delle villocentesi e la diminuzione delle amniocentesi.

TABELLA. Numero di procedure invasive prenatali pre- e durante la pandemia Covid-19 in 10 settimane

PROCEDURE INVASIVE PRENATALI	2019	2020
	10.03 - 18.05	
VILLOCENTESI	105	118
AMNIOCENTESI	41	32

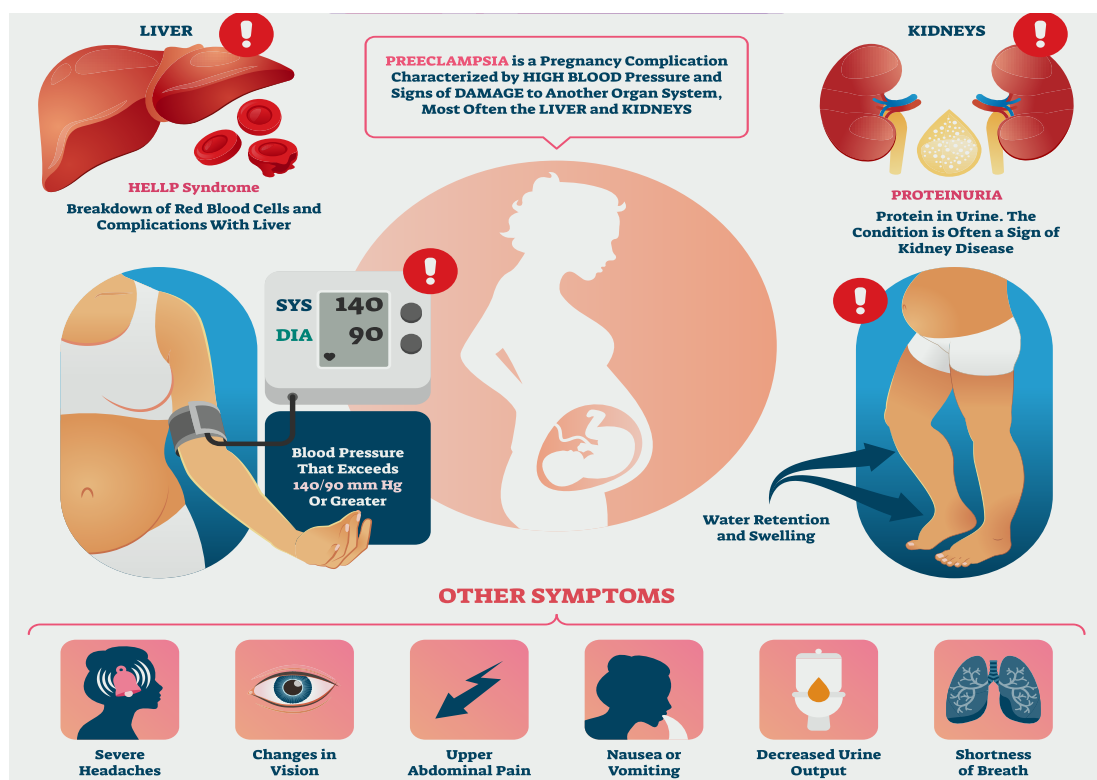
Il Cvs, rispetto all'amniocentesi, negli ultimi 5 anni, ha presentato un trend in continua crescita; tale dato è dovuto all'incremento dei test di screening, che sono ulteriormente aumentati anche durante la pandemia per via dell'insicurezza e della maggiore apprensione e ansietà delle gestanti. Per quanto riguarda il Nips, i numeri sono rimasti pressoché invariati, sebbene le donne in Sardegna, dove è consolidata una lunga esperienza di tecniche prenatali invasive con rischio di abortività fetale di 1:800, optino per la villocentesi, soprattutto se il rischio dello screening per le cromosomopatie è risultato aumentato.

Nonostante in questi ultimi 5 anni in Sardegna si sia osservata una progressiva ma costante denatalità (da 13 a 8 mila neonati per anno), l'attività materno-fetale al Microcitemico non ha subito importanti variazioni. Da sottolineare che durante la pandemia abbiamo avuto un aumento delle embrioiduzioni e feticidi selettivi: 8 in 10 settimane, di cui 6 provenienti dalla penisola. Inoltre, sono stati eseguiti 2 procedure di Diagnosi Genetica Preimpianto (Pgd) per talassemia e alcuni prelievi ovocitari in pazienti che dovevano salvaguardare la fertilità per patologie tumorali o prima di effettuare chemioterapia per trapianto.

Monni G. et al. Prenatal screening diagnosis and management in the era of coronavirus: the Sardinian experience. J Perinat Med, July 2020



Tenda medica donata dalla Protezione Civile per visite di casi sospetti e positivi al Covid-19 durante la pandemia.



Screening della Preeclampsia nel primo trimestre

La preeclampsia (PE) è un disordine multi-organo che colpisce il 2-8% delle gravidanze in tutto il mondo e, ancora oggi, rappresenta una tra le principali cause di mortalità e morbilità materna e perinatale



PAOLO VOLPE

Direttore Uo Medicina fetale, Bari. Riferimento regionale per la gestione della patologia fetale



VALENTINA DE ROBERTIS

Dirigente Medico Uo Medicina fetale, Bari. Riferimento regionale per la gestione della patologia fetale

LA SUA INCIDENZA varia per zona geografica; infatti, fattori socio-economici e razziali sembrano influenzare l'incidenza di tale patologia della gravidanza ed è più alta nei paesi in via di sviluppo rispetto a quelli industrializzati. Tradizionalmente la definizione di PE includeva l'insorgenza di ipertensione materna (>140/90 mm Hg) e proteinuria (≥ 300 mg nelle 24 ore) dopo le 20 settimane di gestazione. Più recentemente alcune Società internazionali, tra cui l'Acog, hanno ridefinito la diagnosi di ipertensione, anche se con differenze tra le varie società circa i parametri da considerare (pressione sistolica, diastolica, pressione arteriosa media) e i cut-off, nonché ridimensionato il ruolo della proteinuria che non necessariamente deve essere presente; con i nuovi criteri, infatti, per fare diagnosi di PE, oltre alla presenza di ipertensione materna di nuova insorgenza deve associarsi almeno una delle seguenti condizioni: proteinuria, insufficienza renale, compromissione della funzionalità epatica, trombocitopenia, edema polmonare o cerebrale o disturbi visivi.

La PE, a seconda dell'epoca d'insorgenza, viene distinta in precoce o tardiva utilizzando le 34 settimane di epoca gestazionale come cut-off distintivo.

Il meccanismo eziologico e patogenetico sotteso ai due tipi di PE, sembrano essere differenti. Infatti è nella forma precoce ("early PE") che si evidenzia la maggiore compromissione placentare con deficit dell'invasione trofoblastica, riduzione del flusso ematico utero-placentare che causa ipossia placentare e restrizione della crescita fetale. Nella PE tardiva ("late PE") invece le lesioni pla-

centari sono assenti o meno severe e il peso dei neonati può essere normale o addirittura aumentato.

Tra le due condizioni è la "early PE" maggiormente temibile, associandosi ad un tasso più elevato di mortalità materna, di parto pretermine, mortalità e morbilità neonatale. L'individuazione precoce delle donne a rischio per questa grave condizione patologica è cruciale per minimizzare gli eventi avversi perinatali e per ottimizzare il management delle gestanti. Per esempio, un'adeguata terapia profilattica con acido acetil-salicilico (Asa) a basso dosaggio (150 mg/die) eseguita tra 12 e 36 settimane di gestazione ha dimostrato di ridurre dell'80% circa l'incidenza della "early PE" e di circa il 60% la "late PE".

L'evidenza che, lo stesso tipo di trattamento, iniziato però oltre 18 settimane di gravidanza, non è in grado di prevenire il deficit di placentazione alla base delle forme precoci di PE, ha ridimensionato il ruolo dello screening del II trimestre basato sulla velocimetria doppler delle uterine eseguito a 22-24 settimane. Infatti, quest'ultima strategia di screening permette di predire con una buona sensibilità (circa l'80%) le forme precoci di PE e restrizione di crescita fetale, ma non consente di prevenire la patologia che, invece, è il gold standard di un test di screening.

Negli ultimi anni, lo sviluppo da parte della Fetal Medicine Foundation (Fmf) di un nuovo algoritmo per il calcolo del rischio di PE nel I trimestre, ha permesso non solo di predire con una maggiore accuratezza i casi ad alto rischio di sviluppare PE, ma anche di prevenire la condizione patologica permettendo l'inizio del trattamento profilatti-

co con ASA nei tempi utili per garantirne l'efficacia. In quest'algoritmo, i fattori di rischio materni (ipertensione cronica, obesità, precedente PE, nulliparità, gravidanza multipla, diabete, sindrome da anticorpi antifosfolipidi, nefropatia cronica) vengono combinati per costituire un *background risk* che verrà corretto sulla base di marcatori biofisici materni e biochimici allo scopo di ottenere un rischio paziente e gravidanza specifico. Tra i marcatori biofisici materni inclusi nell'algoritmo, vi sono la *pressione arteriosa media materna (Pam)* ed il *PI delle arterie uterine*.

La *Pam* è significativamente più alta nelle donne con PE rispetto alle donne con outcome normale e ha una performance migliore della sistolica e della diastolica nel predire la PE. Nel I trimestre è influenzata dalle caratteristiche materne (età, peso, altezza, razza, fumo, familiarità o anamnesi positiva per PE, ipertensione cronica) per cui deve essere espressa come MoM. La sua rilevazione, purché sia accurata, richiede apparecchi dedicati in grado di misurare la PA ad entrambe le braccia e alcuni accorgimenti: paziente in posizione seduta con le braccia posizionate a livello del cuore; 5 minuti di relax prima di eseguire la misurazione; 3 misurazioni eseguite con intervalli di 1 minuto. La *velocimetria Doppler delle arterie uterine* è un metodo indiretto non invasivo per indagare sul grado di invasione trofoblastica placentare. Le arterie spirali subiscono grossi cambiamenti morfologici nel corso della gravidanza normale. Questa trasformazione è necessaria per garantire un aumento consistente del flusso ematico nello spazio intervilloso. Le evidenze mostrano che il deficit di perfusione placentare si riflette sull'aumento del PI nelle uterine e si associa ad un aumentato rischio di PE. Il PI delle uterine nel I trimestre è influenzato da numerosi fattori (CRL, Bmi, età, etnia, diabete mellito) per cui anche questo dovrebbe essere espresso in MoM. I MoM del PI delle uterine, sono più alti a 11-13 settimane nelle donne che svilupperanno PE e hanno una significativa correlazione lineare negativa con l'epoca gestazionale al parto.

La velocimetria Doppler delle arterie uterine nel I trimestre è ottenibile sia per via transaddominale che transvaginale. Con la tecnica transaddominale, la più frequentemente impiegata, si ottiene inizialmente una sezione sagittale mediana dell'utero e si identificano il canale cervicale. Si attiva la funzione color Doppler e si sposta la sonda lateralmente fino ad identificare l'arteria uterina nel punto in cui si porta cranialmente per dare origine al ramo ascendente che irroro il corpo dell'utero. Le misurazioni vengono effettuate proprio in questo punto, prima che l'arteria uterina si biforchi nelle arterie arcuate. Dopo aver ottimizzato l'angolo di insonazione, che deve essere inferiore a 50°, il volume campione del Doppler pulsato viene collocato sul vaso utilizzando un gate di 2 mm. Una volta ottenute tre onde consecutive della stessa morfologia è possibile misurare l'indice di pulsatilità (PI). Per essere certi che il vaso valutato sia il ramo principale dell'arteria uterina si deve prestare attenzione alla velocità massima del vaso campionato dopo correzione dell'angolo che deve superare i 60cm/sec). La *Pam* ed il Doppler delle arterie uterine nel I trimestre combinati con i fattori materni, permettono già un netto miglioramento della capacità predittiva del test,

CONTRIBUTI VOLPE / DE ROBERTIS

11

CONTRIBUTI

che raggiungerebbe così una sensibilità di circa 80% per la PE precoce e 40% della tardiva, con un tasso di falsi positivi del 5%. Allo scopo di aumentare ulteriormente la sensibilità di tale screening, ai fattori anamnestici e biofisici materni sono stati aggiunti i marcatori biochimici. Sono stati studiati un gran numero di marker biochimici per la loro capacità di predire la PE. La Pappa e il Plgf sono quelli che hanno mostrato i risultati più promettenti nel predire la PE. Sono entrambi fattori pro-angiogenetici che hanno una concentrazione ridotta nei deficit di placentazione. Come tutte le altre variabili considerate in precedenza, anche i biomarkers sono influenzati da numerosi fattori (CrI, Bmi, etnia, fumo, metodo di concepimento e patologie materne) per cui anche questi devono essere espressi in MoM. Dei due la Pappa, nello screening della PE, ha una minore accuratezza perché solo 8-23% dei casi patologici avrà livelli sierici di Pappa < 5° centile (circa 0.4 MoM). Sicuramente tra Pappa e Plgf, il secondo è il migliore nel predire la PE come marker biochimico e basterebbe da solo in quanto l'aggiunta della Pappa non aumenta ulteriormente la sensibilità del test complessivo. Tuttavia, considerato che la PAPP-A viene comunque dosata nel I trimestre insieme alla free-bhCG per il calcolo del rischio di aneuploidie nel test combinato, il suo uso come marcatore biochimico anche nello screening della PE offre un miglioramento della sensibilità dello screening stesso senza aumentare il suo costo. Sebbene nessuno dei marcatori di PE attualmente disponibili sembra avere, da solo, caratteristiche tali da permetterne un efficace impiego clinico come screening della PE, la loro combinazione, così come avviene per lo screening della Sindrome di Down, raggiunge una sensibilità e specificità estremamente soddisfacenti, soprattutto se paragonate alla performance dello screening basato sulla sola anamnesi materna che ha una scarsa sensibilità del solo 40% per la "early PE" e del 30% per tutti i tipi di PE, ed un screen positive rate del 10%. Lo Spree study ha invece evidenziato che combinando anamnesi, Doppler delle arterie uterine, Pam e marcatori biochimici, con la metodologia precedentemente descritta, per uno screen positive rate del 10%, la sensibilità per PE<34set, PE<37set e >37set è rispettivamente del 90%, 80% e 40%. La stessa strategia di screening, inoltre, consentirebbe di identificare un gruppo di gravidanze con feti ad alto rischio di restrizione di crescita fetale contenente un 46% circa di neonati con peso alla nascita < 10° centile nati prima delle 37 settimane e il 56% di quelli nati prima delle 32 settimane.

La metodica di screening della PE nel I trimestre sopra descritta è quindi l'unica in grado di predire in modo efficace la PE precoce che d'altronde è quella maggiormente temibile essendo associata, come già detto, ad un outcome neonatale e materno sfavorevole. Nonostante gli indiscussi vantaggi clinici dello screening della PE nel I trimestre (individuazione della fascia di gestanti ad alto rischio a cui somministrare Asa a basso dosaggio e da indirizzare per attento monitoraggio clinico materno-fetale), molti sono ancora oggi i suoi detrattori. Consuetudine ancora diffusa rimane la somministrazione a tappeto dell'Asa a tutte le gravide.

Questo approccio "sbrigativo" e per niente scientifico alla problematica implica la mancata individuazione di una categoria di donne ad alto rischio che pertanto non riceveranno un monitoraggio clinico attento ed una scarsa adesione delle pazienti ad un trattamento farmacologico che, inoltre, non è scevro da complicità.



SABINA DI BIASE
Dirigente Medico
Policlinico Riuniti
di Foggia

Induzioni ripetute: consigli, rischi e accorgimenti

L'induzione del travaglio di parto è un intervento medico che ha l'obiettivo primario di riuscire ad ottenere un travaglio attivo in tutte quelle situazioni in cui è necessario interrompere l'evoluzione della gravidanza

LE INDUZIONI RIPETUTE sono una serie di cicli di induzioni mediche e non, messe in atto per raggiungere il travaglio di parto attivo.

Per travaglio attivo si intende "un'attività contrattile efficace e regolare (2-4/10min) con collo raccorciato almeno dell'80% e con una dilatazione progressiva oltre i 4-5 cm".

Le misure propedeutiche da mettere in atto prima di procedere con le varie modalità di induzioni del travaglio di parto sono:

1. counselling e raccolta del consenso informato;
2. valutazione dei requisiti clinici ed organizzativi: ginecologo ed ostetrica svolgono un ruolo importante nel processo assistenziale ed insieme definiscono *protocolli clinico assistenziali e check list*;
3. valutazione della donna gravida:
 - raccolta dati anamnestici ed ostetrici della paziente;
 - definizione di epoca gestazionale esattamente datata;
 - valutazione obiettiva ostetrica della paziente con definizione di integrità delle membrane e dello score bishop;
 - valutazione del benessere fetale con cardiocografia;
 - scelta del metodo di induzione previa valutazione di eventuali controindicazioni ed allergie

Vi sono elementi importanti decisivi che possono influire sul successo/fallimento delle procedure: età materna, epoca gestazionale, razza, Bmi, statura, parità, stima peso fetale, pregresso Tc, numero feti. Non è possibile definire criteri univoci con definizione di protocolli o linee guida sulle induzioni ripetute che vanno invece contestualizzate caso per caso tenendo conto dei benefici/rischi relativi ai vari metodi di induzione di cui esistono diversi studi multicentrici e randomizzati con vari livelli di evidenza e raccomandazioni relativi all'efficacia dei singoli metodi a confronto tra loro.

PRINCIPI CARDINI

Un principio chiave da definire è il concetto di fallimento dell'induzione come "*incapacità di raggiungere una fase attiva del travaglio*" che costituisce uno dei rischi o conseguenze maggiori delle induzioni mediche del travaglio ancor più se ripetute. Vi è consenso univoco sulla seguente definizione: *quando non si riesce a raggiungere una fase attiva del travaglio dopo almeno 12 ore di infusione ossitocica e membrane rotte (spontaneamente o amniorexi).*

La misurazione del tempo deve partire da quando è iniziata la stimolazione con amniorexi -ossitocina e non in fase di preinduzione per la maturazione cervicale.

L'altro principio chiave è la valutazione del grado di maturazione cervicale mediante la definizione

un corretto *bishop score (Ib)* che prende in considerazione le caratteristiche intrinseche della cervice uterina (dilatazione, lunghezza, posizione, appianamento, consistenza e livello parte presentata).

L'Ib è fondamentale non solo per predire le probabilità di successo di un induzione medica del travaglio, ma anche i rischi di: induzioni ripetute, fallimento dell'induzione, aumento tassi tagli cesarei e quindi determinante ai fini degli esiti e della durata dell'intero travaglio.

Difatti, più basso è il punteggio, maggiori sono probabilità e rischi di:

induzioni ripetute (ib<6);
fallimento induzione - aumento di incidenza tassi tagli cesarei (ib <4).

L'Ib < 4 rappresenta il cut-off per l'utilizzo dei metodi meccanici o delle Pg per la preinduzione.

È stato proposto l'utilizzo di metodiche diagnostiche alternative per la valutazione della cervice uterina, mediante l'ecografia transvaginale e la sonoelastografia allo scopo di migliorare la predittività del bishop. Tali metodiche non vengono supportate da livelli di evidenza validi e pertanto non sono raccomandate.

Ulteriore precisazione meritano le limitate indicazioni delle induzioni ripetute relative a sole 3 circostanze specifiche: gravidanza a termine e post-termine, prom a termine, morte endouterina fetale; tutte le altre indicazioni (pregresso Tc, preeclampsia, gravidanza gemellare, etc) vanno considerate singolarmente e relativamente alle varie circostanze conosciute.

SCELTA DEL METODO

La scelta sui metodi di induzione va fatta previa definizione di un corretto bishop score (Ib) che abbiamo visto svolge un ruolo decisivo su inizio e progressione del travaglio di parto e poi sul successo delle procedure eseguite successivamente.

Si parla di induzioni ripetute quando ci troviamo di fronte per lo più ad un ib sfavorevole per cui l'induzione medica del travaglio va fatta precedere da una fase di preinduzione che dà seguito all'inizio della fase latente del travaglio che può avere durata variabile di ore /giorni a differenza della fase attiva. Nei casi di Ib sfavorevole (≤ 4) la maturazione cervicale viene raggiunta mediante una fase di *preinduzione* che prevede l'utilizzo di *prostaglandine* o analoghi: dinoprostone o misoprostolo. il dinoprostone lo troviamo in commercio nelle varie formulazioni: dispositivi vaginali a lento rilascio- gel vaginale -gel intracervicale.

L'utilizzo in alternativa del misoprostolo, recentemente autorizzato da Aifa nel 2014, trova applicazione per la preinduzione nelle formulazioni orali e vaginale, oggi presente sul mercato anche come dispositivo vaginale a lento rilascio.

In alternativa alle prostaglandine oppure *in segui-*



to al fallimento delle stesse, per la fase preinduzione si possono utilizzare i *metodi meccanici* (ib $\leq 6-4$) ovvero:

- dilatatori igroscopici (laminaria o derivato sintetico)
- cateteri transcervicali (Foley o Cook).

Nella fase successiva per favorire l'induzione del travaglio di parto attivo nei casi di Ib favorevole, il farmaco più utilizzato è l'ossitocina, che può essere utilizzata in infusione continua o pulsatile, in associazione o meno con l'amniorexi e dopo la preinduzione per la maturazione cervicale con Pg o con metodi meccanici.

Metodi chirurgici alternativi che possono essere considerati, ma ad oggi non raccomandati da livelli di evidenza validi, sono scollamento delle membrane in una fase preliminare alla preinduzione e amniorexi da sola per indurre la seconda fase del travaglio attivo.

Per le induzioni ripetute va precisato che la durata e gli esiti dipendono dalle scelte effettuate nella fase di preinduzione che può durare un tempo variabile in base alla risposta dei metodi di induzione scelti mentre invece in fase attiva la durata dell'induzione medica scelta ovvero ossitocina sola oppure ossitocina + amniorexi non può durare oltre le 12 h, superate le quali si parla di fallimento dell'induzione e quindi va eseguito taglio cesareo. *La possibilità delle induzioni ripetute si prefigura ovviamente nelle condizioni di bishop score sfavorevoli il cui cut off è stato definito ≤ 4 .*

Va considerata inoltre la possibilità di poter eseguire partoanalgesia che condiziona le scelte dei metodi di induzione in quanto modifica la progressione e il monitoraggio del travaglio di parto. In tali condizioni la scelta dipende dai protocolli individuali relativi a ciascun presidio e che vengono definiti ovviamente in base a determinate organizzazioni logistiche.

A tal proposito la nostra esperienza nel punto nascita di Foggia dove assistiamo circa 3mila parti/anno prevede i seguenti criteri e scelte:

le gravide post-termine vengono tutte indotte a 41 settimane +1 gg;

se $ib \leq 4$ si procede con prostaglandine (dinoprostone) max 2 cicli della durata di circa 24 h, a meno di complicanze, oppure con metodi meccanici (c. di foley) in alternativa alle Pg.

Dopo circa 24h la paziente viene rivalutata, per cui se dopo utilizzo di prostanglandine non ci sono variazioni si può pensare ad un ulteriore ciclo di prostaglandine oppure se c'è stata una variazione della maturazione cervicale in assenza di contrazioni e travaglio si procede ulteriormente con i metodi meccanici.

A seguire, dopo i metodi meccanici, in assenza di significativa risposta si procede con amniorexi oppure con induzione ossitocica e a seguire amniorexi. La percentuale di successo del seguente protocollo nelle induzioni ripetute si aggira intorno al 75% in assenza di complicazioni prognostiche sfavorevoli.

RISCHI

I rischi delle induzioni ripetute del travaglio di parto, sono relativi a ciascun metodo di induzione prescelto e possono essere i seguenti:

- tachisistolia / alterazione Ctg
- liquido tinto di meconio
- rischi infettivi
- perdite ematiche vaginali
- effetti collaterali dell'ossitocina
- emorragia post-partum
- rottura d'utero
- embolia di liquido amniotico
- iponatriemia
- ipotensione

Questi rischi ci inducono ad interrompere o sospendere le procedure valutando metodiche alternative oppure nei casi più gravi a decidere per un taglio cesareo urgente per fallimento o complicanze dell'induzione.

SORVEGLIANZA MATERNO-FETALE.

Importante da mettere in atto in casi di induzioni ripetute che prevede una attenta valutazione in fase di preinduzione e poi la valutazione prima /durante il travaglio attivo.

Gli strumenti a nostra disposizione sono cardiocografia (Ctg) ed esame clinico con definizione bishop score (Ib).

Prima di iniziare l'induzione è importante assicurarsi di poter fare un *monitoraggio in continuo* del benessere fetale e procedere con valutazioni random di Ctg e Ib. In fase di preinduzione dopo l'applicazione del metodo prescelto che sia farmacologico o meccanico si dovrebbe procedere con un Nst per almeno 60 minuti (c. di Foley) o 90 minuti (prostaglandine) per escludere alterazioni della frequenza cardiaca o del tono uterino.

Se si utilizzano prostaglandine vaginali va favorito decubito laterale per 30 minuti per prevenire ipotensione e monitorare il benessere materno ogni ora per le prime 4 ore con valutazione pressione arteriosa, temperatura-polso, perdite vaginali, tono uterino.

La rivalutazione di Ib va ripetuta dopo 6 h nei casi di Pg vaginali o cervicali e dopo 24 h in caso di applicazione a lento rilascio.

Ad ogni ciclo successivo di prostaglandine va ripetuto sempre monitoraggio Ctg e Ib.

In caso di induzione meccanica deve essere eseguito prima un monitoraggio per 30 minuti. Il catetere o dilatatore va poi rimosso in caso di rottura spontanea delle membrane o espulsione spontanea per insorgenza di travaglio attivo. In assenza di variazioni va rimosso dopo 12/max 24 h per poi procedere con altri metodi di induzione.

In casi di induzione con misoprostolo non ci sono dati per definire l'atteggiamento migliore da adottare. Unica raccomandazione è di procedere subito con la valutazione Ctg nel momento in cui inizia l'attività contrattile per prevenire insorgenza di Ctg patologico in relazione a tachisistolia che non regredisce con le procedure standard e che poi esita nel taglio cesareo urgente.

Se invece si usa ossitocina, si deve assicurare un rapporto one-to one ostetrica/paziente per monitoraggio continuo Ctg e valutazione parametri materni per prevenire complicanze più importanti quali ipotensione ed alterazione del Ctg e modulare le dosi utilizzate. Se si procede con amniorexi, occorre una attenta valutazione obiettiva per prevenire prolasso e discordanza testa-tronco posteriore. A seguire si consiglia un'attesa di almeno 4/6 h in situazioni di benessere materno-fetale per l'insorgenza di un travaglio spontaneo, che si riduce a 2 h in situazioni prognostiche sfavorevoli. Importante, infine, nel passaggio da un metodo di induzione al successivo occorre attendere un intervallo di tempo utile a non sovrapporre gli effetti.

“
Si parla di induzioni ripetute quando ci troviamo di fronte per lo più ad un ib sfavorevole per cui l'induzione medica del travaglio va fatta precedere da una fase di preinduzione

Attuiamo procedure di raffreddamento di questo Autunno caldo

Purtroppo il timore di un autunno caldo, che probabilmente dilaterà fino all'inverno, è diventato realtà. Il virus Sars-CoV-2 ha aumentato la velocità con cui si diffonde ed inizia a circolare anche quello dell'influenza



MAURIZIO SILVESTRI
Dirigente medico
Consultorio familiare
Spoleto
e Tesoriere Aogoi

IL PROFESSORE Claudio Crescini, con semplicità, è riuscito a farmi capire perché il coronavirus procura danni in noi “**sapiens sapiens**”. *Contro il virus, cioè il nemico che attacca le nostre vie aeree, il sistema immunitario innato manda subito cellule che distruggono quelle infettate dal virus. Praticamente un bombardamento a tappeto con il napalm. Reazione massiva, rapida ma altamente distruttiva. Non rimane nessun ricordo del nemico e delle sue armi. Successivamente interviene la seconda linea di difesa, il sistema immunitario adattativo cioè le cellule T e B ossia i corpi di élite specializzati: paracadutisti, cecchini, guastatori ecc. Tutte truppe specializzate per combattere quel nemico specifico. Per raccogliere queste truppe, le cellule T e B, ci vogliono due settimane ma, giunte sul campo, agiranno selettivamente mantenendo la memoria del nemico; ricorderanno quindi le divise e le armi. Vinta la guerra si ritirano ma, se il nemico dovesse ritornare anche dopo anni, lo riconosceranno immediatamente e lo attaccheranno con precisione. È la strategia utilizzata con i vaccini. Il Sars-CoV-2 è purtroppo un virus nuovo per noi, quindi lo attacchiamo violentissimamente con il sistema innato: bombardamento a tappeto con il napalm nelle vie respiratorie. Polmoni in fiamme!*

Come afferma nelle “Pillole di ottimismo” il professore Guido Silvestri (al quale mi accomuna oltre al cognome anche il colore dei capelli) *sta arrivando la cavalleria degli anticorpi monoclonali per il trattamento di pazienti affetti da Covid-19, seguita subito dopo dalla cavalleria dei vaccini anti Covid.*

Nel frattempo che fare?

Dobbiamo rispettare le misure di igiene e di protezione individuale **come fosse un galateo sociale.**

Dobbiamo promuovere la vaccinazione antiinfluenzale per: ridurre i casi sospetti di Covid 19 (sintomi respiratori simili nelle due infezioni), ridurre il rischio di complicazioni che possono aversi durante l'influenza (soprattutto nei soggetti a rischio) e di conseguenza gli accessi ai pronto soccorso e nei reparti di cura (riducendo lo stress sui presidi assistenziali ed abbassare il rischio d'infezione ospedaliera

da coronavirus), ma anche contrastare l'assenza per questa malattia negli operatori sanitari, divenuti nel contesto pandemico ancora più preziosi ed essenziali.

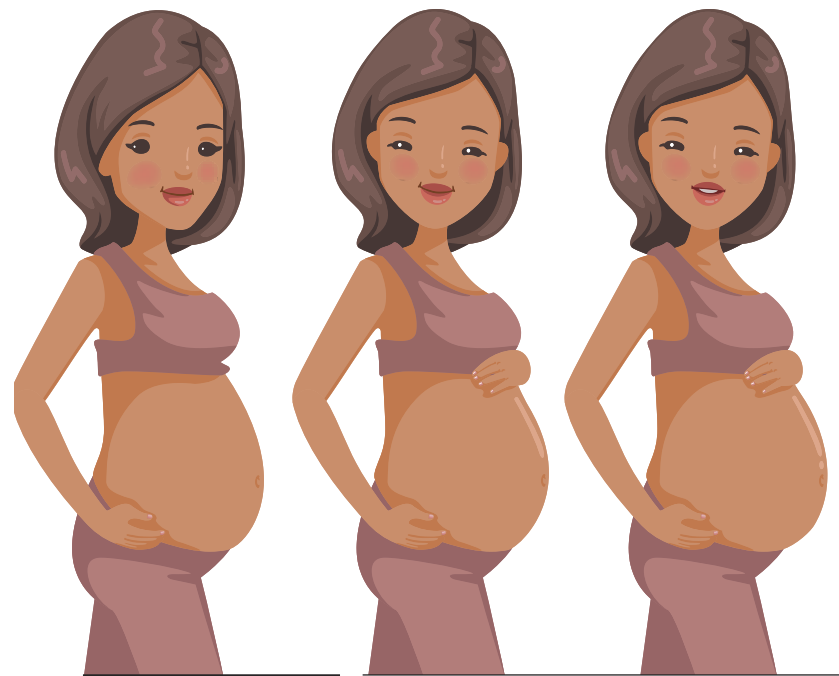
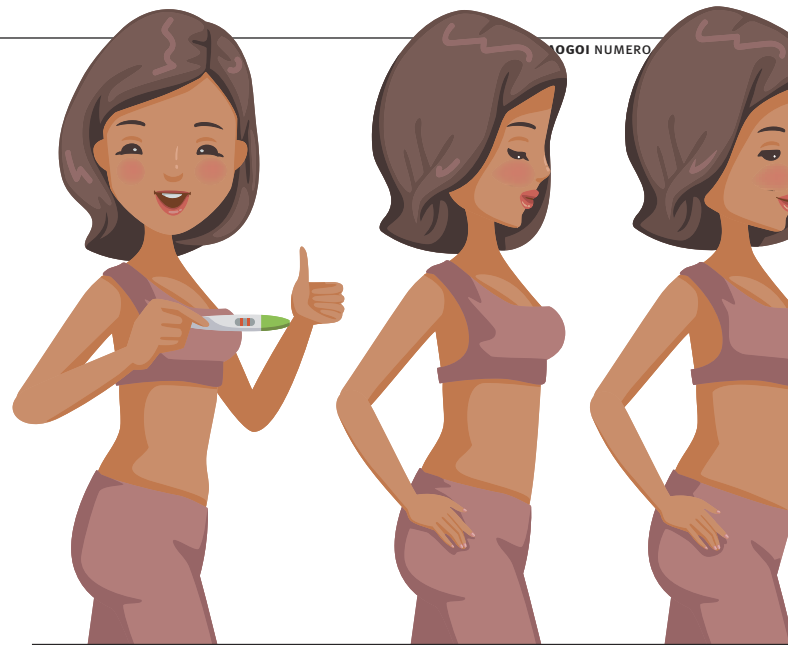
Nelle circolari del ministero della Salute, **le donne che all'inizio della stagione epidemica si trovano in gravidanza e nel periodo post partum**, rientrano fra le categorie ad **alto rischio** di complicanze o ricoveri correlati all'influenza per le quali la vaccinazione è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente.

La stessa vaccinazione è raccomandata, e offerta attivamente e gratuitamente, anche ai Medici ed altro personale sanitario che, attraverso le loro attività assistenziali, possono trasmetterla alle persone ad alto rischio di complicanze influenzali; quindi anche ai sanitari dei punti nascita.

È **l'immunità solidale**, la protezione delle persone più deboli attraverso la vaccinazione dei soggetti più sani. **Il valore sociale delle vaccinazioni.**

Si stanno accumulando evidenze scientifiche che, durante questo **autunno-inverno caldo**, con la co-circolazione di questi due virus e la possibile co-infezione, aumenti in maniera sostanziale la gravità clinica da Covid 19. Nei co-infettati il rischio di morte è circa 6 volte superiore rispetto ai negativi per entrambi i virus e circa 2 volte superiore rispetto ai solo positivi per Sars-CoV-2. Ancora, da un'analisi condotta in Brasile in soggetti positivi al Sars-CoV-2, gli autori hanno rilevato che i soggetti vaccinati contro l'influenza corrono un rischio significativamente più basso di incorrere nelle manifestazioni cliniche più severe del Covid 19. Anche altri vaccini sono stati segnalati come modulatori delle manifestazioni cliniche del Covid 19: quello contro la tubercolosi ma anche quello contro la pertosse. Il vaccino contro l'influenza conferirà anche un **vantaggio collaterale nel raffreddamento di queste stagioni.**

L'emergenza Covid 19 sta migliorando l'accettazione dei vaccini per le malattie prevenibili da vaccinazione Vpd (vaccine preventable disease), indebolendo la vaccino-fobia che sta ostacolando l'adesione a questa opportunità di salute. La necessità planetaria di disporre del vaccino contro il Sars-CoV-2 influenza in maniera positiva l'accettazione dei programmi vaccinali in atto nei vari paesi. Si accolgono in misura maggiore tutte le proposte vaccinali. Si torna a percepire il pericolo delle malattie infettive e, soprattutto, la possibilità di prevenirle attraverso i vaccini.



13

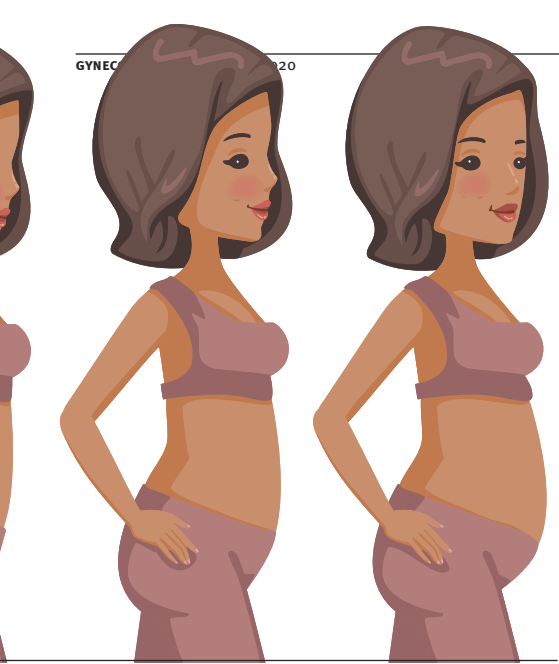
CONTRIBUTI

Gravidanze a Modelli assistenziali,



ROBERTO JURA
Consigliere nazionale SIGO

TRA I TANTI OBIETTIVI della nostra attività c'è quello di promuovere e uniformare modelli assistenziali per la donna con gravidanza/travaglio/parto a basso rischio, che possano e debbano essere applicati e seguiti in tutti i luoghi in cui l'evento venga seguito. L'area funzionale all'interno di una Uoc di Ostetricia, i Centri nascita esterni ai presidi sanitarie e le aree funzionali collocate nella stessa struttura della Uoc, direttamente collegati o adiacenti, sono le tre le modalità organizzative che, pur avendo caratteristiche diverse, possono essere idonee al perseguimento di questo obiettivo. *Conditio sine qua non* è che queste modalità organizzative rispondano a criteri di sicurezza e qualità definiti e condivisi da tutte le figure professionali coinvolte nel percorso. Con questi presupposti, possono quindi essere accolte le gravide a basso rischio seguite sul territorio dalla figura professionale dell'ostetrica che nel corso della gravidanza si è avvalsa dell'integrazione con il ginecologo sulla base dei protocolli e delle griglie di definizione del rischio. Lo stesso modello può essere adottato anche al momento della presa in carico della gravida da parte del personale ostetrico previa verifica dell'intero percorso della gravidanza. Questi modelli devono permettere oltre all'accoglienza anche l'eventuale



14

CONTRIBUTI

Organizzare il percorso nascita

Quando, perché e come esce da quello della gravidanza fisiologica. L'esperienza toscana



VALERIA DUBINI
Direttore Area Assistenza Sanitaria Territoriale e Continuità
Responsabile Aziendale della Rete Codice Rosa Azienda Sanitaria Usl Centro Presidio P. Palagi

NON C'È DUBBIO che la gravidanza rappresenta un evento "normale" della vita e come tale anche le associazioni scientifiche si sono sempre occupate di promuoverla.

Negli ultimi anni in realtà, abbiamo assistito ad una serie di modifiche rispetto a questo percorso perché si fanno sempre meno figli, si fanno sempre in età più avanzata e le donne stesse vivono la loro gravidanza con una preoccupazione e un'ansia che di normale ha molto poco.

In effetti si pensi come in una Regione come la nostra Regione Toscana si è assistito ad una riduzione del 27,7% dei nuovi nati dal 2010 al 2019, con una riduzione che coinvolge anche le donne straniere (-20,5 vs 2010), come continui ad innalzarsi l'età media al parto (32,4 vs 31,5 del 2010), con un 10% di over 40 e si può comprendere come la percezione sia dei sanitari che delle nostre assistite sia lontana dalla normalità e sempre più si avvicini invece a quell'idea di "bambino prezioso" che non ha niente di scientifico ma che ben rappresenta un aspetto sociale che caratterizza la nostra epoca.

Del resto questi fattori condizionano anche la gravidanza stessa. Il ricorso alle tecniche di fecondazione assistita è raddoppiato rispetto a 10 anni fa e rappresenta il 4,1% e certamente l'età sempre più avanzata porta con sé possibili problematiche di salute e complicanze della gravidanza che compaiono con maggiore frequenza, con il passare degli anni. Si può comprendere dunque quel senso di incertezza che accompagna molte delle nostre assistite che vanno cercando punti di riferimento e rassicurazioni, non sempre corrette come le informazioni che si trovano su internet.

Il nostro ruolo di professionisti, allora, deve essere quello di promuovere il più possibile una assistenza appropriata nei confronti delle nostre assistite, restituendo loro un senso di sicurezza e contemporaneamente di "competenza". Il Who già dal 1975 parlava di promozione della normalità proponendo una griglia per la valutazione delle gravidanze a basso rischio: e dava già allora indicazione che per queste la professionista più adeguata fosse l'ostetrica. Sono passati molti anni e la griglia Oms risulta ancora un valido strumento anche se in qualche punto necessario di adeguamento ai tempi attuali: nel frattempo il recepimento delle normative europee ha portato anche nel nostro Paese la concreta possibilità per le ostetriche di seguire le gravidanze a basso rischio assumendone a tutti gli effetti la responsabilità.

Perché questo si realizzi e possa diventare un valore condiviso per tutti i professionisti e per le nostre assistite, si rende necessaria un'organizzazione ben strutturata che preveda una rete ben definita dedicata al percorso nascita nella quale le donne possano trovare risposte a tutti i livelli e sia ben predisposta la possibilità di passare da un nodo all'altro della rete in modo fluido e senza ricadute negative per le nostre assistite. Il percorso nascita ha l'indubbia caratteristica di potere trovare il territorio come luogo più appropriato: il prima e il dopo l'espletamento del parto dovrebbe infatti essere seguito a questo livello, tranne per situazione di particolare complessità che richiedano interventi complessi che possano essere svolti solo a livello ospedaliero.

Non si può tra l'altro trascurare il fatto che il terri-

torio possa offrire una équipe multidisciplinare per una presa in carico di tutti gli aspetti che interessano la gravidanza compreso quello sociale e psicologico, che anche le indagini dell'Iss hanno individuato essenziale per la prevenzione di una serie di patologie che arrivano fino alla morte materna (il suicidio rappresenta la prima causa di morte materna anche nel nostro Paese).

Il percorso nascita ben si presta ad immaginare modelli innovativi che alleggeriscano gli Ospedali lasciando loro le prestazioni più complesse e dunque più adeguate al loro ruolo.

Anche nel periodo della pandemia ci siamo dovuti rendere conto di quanto il territorio, se adeguatamente attrezzato e rafforzato, possa essere una risorsa strategica per il proseguo delle attività necessarie e indifferibili del percorso nascita.

Nella nostra organizzazione abbiamo individuato percorsi ben precisi: il percorso per la fisiologia viene seguito dall'ostetrica consultoriale, il percorso per il rischio cosiddetto "intermedio" viene seguito dai ginecologi consultoriali con possibilità di centralizzazione presso una struttura intermedia qualora insorgano problematiche per le quali sono necessari approfondimenti.

La struttura intermedia è rappresentata da un ospedale "territoriale" dove si trova anche la diagnosi prenatale e dove vengono effettuate anche tutte le ecografie di protocollo: qui è inoltre possibile eseguire anche la diagnosi invasiva e piccoli interventi, se necessari. L'ostetrica consegna nel consultorio il "libretto di gravidanza" che prevede già un'assistenza standardizzata per le gravidanze fisiologiche, concordata a livello regionale da un gruppo di lavoro nel quale erano presenti medici-ostetrici e ostetriche. Alla consegna del libretto viene proposta la griglia Who e se la gravidanza risulta a basso rischio le viene proposta un'assistenza ostetrica. Chiaramente questo presuppone una rete di professionisti medici-ostetrici di riferimento, i quali supportano e talvolta intervengono qualora si renda necessario. Contemporaneamente alla consegna del libretto vengono offerte e prenotate le ecografie di protocollo (che nella nostra regione sono 3) che vengono effettuate nella struttura cosiddetta "intermedia". Qualora si verificassero problematiche che determinino la fuoriuscita dal percorso fisiologico le donne vengono prese in carico dai professionisti territoriali di riferimento.

In caso di problematiche transitorie o che, ad un approfondimento, non risultino sussistenti è possibile tornare al percorso della fisiologia.

Se dalla griglia Who risulta invece la presenza di qualche fattore di rischio allora la donna viene indirizzata direttamente al percorso medico e, qualora questo si complichino, al percorso gravidanze a rischio della struttura intermedia.

Il passaggio all'ospedale avviene, previa una accurata relazione che testimonia il percorso, effettuato presso il termine o con presa in carico anticipata nel caso di complicanze importanti che rendano necessario un ricovero o l'anticipazione del parto. Questo modello "a rete" è stato preceduto da un periodo di confronto e formazione sia per i medici che per le ostetriche ed è in grado di garantire passaggi fluidi e continuità.

Si sta lavorando su protocolli e percorsi specifici per le situazioni che deviano dalla fisiologia.

Si tratta di un modello semplice e integrato in grado di garantire equità e sostenibilità delle cure a tutti i livelli con una buona adeguatezza dei percorsi offerti. Insomma "individuare il professionista giusto" per il percorso più adeguato rappresenta una garanzia di efficienza ed efficacia e la riduzione di eccesso di interventi inadeguati se non inu-

basso rischio modalità organizzative e percorsi

uscita dalle stesse per insorgenza di eventi complicanti il percorso travaglio parto. Questo fatto, che sembra scontato, è il punto cruciale di tutto il percorso in quanto determina che è l'ostetrica di riferimento ad essere, in prima battuta, la responsabile del monitoraggio e della valutazione dell'iter fisiologico del percorso stesso introducendo il concetto di responsabilità.

Percorso. Al momento dell'insorgenza del travaglio deve essere effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto neonatale, da parte di entrambi gli operatori, medico e ostetrica ai fini dell'ammissione nell'area funzionale scelta, mediante check list condivise. Si ritiene indispensabile che l'ostetrica inerita nel team che opera in queste aree a gestione autonoma abbia completato un volume di attività non inferiore a 50 parti *one to one*, con l'impegno da parte delle strutture sanitarie, direttamente coinvolte o di riferimento a strutture esterne, di promuovere l'affiancamento da parte del personale già formato nei casi necessari al fine di implementare l'autonomia gestionale. Medici ginecologi, pediatri/neonatologi e ostetriche devono condividere periodici percorsi di aggiornamento interdisciplinare includenti la gestione di condizione di urgenza/emergenza. Tutte queste aree funzionali, tutte le procedure e tutti i protocolli devono

inoltre essere oggetto di Audit clinici con scadenza definita. Audit che comprendano i professionisti direttamente coinvolti e i professionisti di riferimento non coinvolti direttamente, al fine di monitorare i motivi e le modalità di uscita dal percorso per sopravvenute problematiche durante il percorso iniziale. Per uniformare strutture, percorsi e linguaggi è poi indispensabile: la presa in carico della donna e una valutazione iniziale; una raccolta dell'anamnesi personale o una valutazione di quella raccolta; la rilevazione dei parametri vitali e delle condizioni materne e fetali (attività cardiaca e movimenti attivi fetali, contrazioni, modificazioni cervicali, Perdite vaginali, accrescimento, situazione, presentazione, impegno); e, ultimo ma non ultimo, instaurare un rapporto empatico con la donna finalizzato alla comprensione delle aspettative sull'evento travaglio/parto se non ancora sondat. Pur rendendomi conto che queste mie poche raccomandazioni possono sembrare banali, ritengo che vadano sempre ricordate e applicate in quanto l'obiettivo che tutti noi ci prefiggiamo è sì quello di offrire la più ampia scelta alle nostre pazienti, ma sempre con il massimo delle garanzie possibili per il binomio madre-feto.

15

CONTRIBUTI

Chirurgia ostetrica in sicurezza durante l'epidemia Covid

L'epidemia da Sars-Cov-2 ha avuto un enorme impatto sulla pratica chirurgica. La necessità di ridurre i rischi di infezione intraospedaliera, di minimizzare la possibilità di diffusione virale intraoperatoria, di gestire al meglio i pazienti con infezione, continua a rappresentare una grande sfida per i sistemi sanitari



SILVIA VON WUNSTER
Direttore Uoc Ostetricia e Ginecologia.
Ospedale di Alzano Lombardo
Asst Bergamo Est

LA GESTIONE DELL'EPIDEMIA ha reso necessario la realizzazione di nuovi percorsi organizzativi, la razionalizzazione della presenza degli operatori in sala operatoria, l'attenta valutazione della priorità degli interventi e l'adeguamento delle tecniche anestesiologiche. Ha richiesto inoltre di adeguare l'assistenza perioperatoria, attraverso l'applicazione di tutte le pratiche assistenziali che hanno mostrato evidenza di efficacia nel migliorare la ripresa postoperatoria delle pazienti e nel ridurre i tempi di degenza in ospedale.

In particolare la chirurgia ostetrica in sicurezza deve garantire la riduzione del rischio di infezione per la mamma, per il neonato, per tutto il personale che si prende cura di loro e anche per le altre pazienti degenti. La chirurgia ostetrica richiede poi delle considerazioni particolari in quanto è per lo più una chirurgia di urgenza ed emergenza e necessita pertanto di percorsi ben chiari e definiti, che prevedano la stretta collaborazione di più figure professionali, che devono agire in sintonia tra loro con sicurezza e rapidità.

Più delle altre specialità chirurgiche richiede personale opportunamente addestrato, che conosca bene le procedure di vestizione e le tecniche per ridurre il rischio di diffusione virale intraoperatoria.

IL TRIAGE E IL BED MANAGEMENT

La garanzia della sicurezza nella chirurgia ostetrica richiede innanzitutto il triage delle pazienti al momento del ricovero, o del prericovero in caso di chirurgia elettiva, sia attraverso la rilevazione dei casi sospetti per mezzo del questionario anamnestico, sia attraverso la somministrazione del tampone per il Sars-Cov-2 al momento del ricovero di tutte le gravide. La conoscenza della positività o meno della madre rispetto al Sars-Cov-2 è cruciale per la sicurezza degli operatori e del nascituro.

Le gravide positive dovranno essere indirizzate presso un centro Hub, tutte le altre isolate fino all'esito del tampone.

In molti casi l'esito del tampone sarà disponibile solo alcune ore dopo il ricovero e pertanto sarà necessario

prevedere l'isolamento temporaneo delle pazienti e il riconoscimento di percorsi diversi rispetto alle pazienti con tampone negativo già noto. Si comprende bene come a tale scopo sia indispensabile una corretta gestione del bed management perché dovrà essere garantita la disponibilità di un numero sufficiente di stanze singole. A tal fine sarà opportuno rivedere i protocolli assistenziali allo scopo di ridurre la durata della degenza, sia valutare attentamente le indicazioni ai ricoveri ostetrici.

LE INDICAZIONI ALLA CHIRURGIA OSTETRICA

L'American College of Surgeons¹ ha prodotto delle linee guida per stabilire le classi di priorità degli interventi chirurgici di tutte le specialità, compresa l'Ostetricia e le Ginecologia. Le condizioni ostetriche per le quali un intervento non è rinviabile comprendono il taglio cesareo, la gravidanza extrauterina, l'aborto spontaneo, il cerchiaggio di emergenza, l'emorragia.

Il cerchiaggio su indicazione anamnestica, la mola vescicolare, l'interruzione di gravidanza sono considerate condizioni per le quali un ritardo significativo può comportare un danno alla salute della paziente. Le procedure di diagnosi prenatale invasiva possono essere rinviate per poche settimane, mentre nessuna indicazione ostetrica rientra tra gli interventi rinviabili senza alcuna conseguenza sulla salute materna e neonatale.

Allo scopo di garantire un ottimale bed management e di ridurre i rischi di infezione ospedaliera appare rilevante la necessità di ridurre l'indicazione alla chirurgia di condizioni cliniche gestibili farmacologicamente. Questo vale non solo per la gestione medica della gravidanza extrauterina nei casi in cui sia indicato, che rappresenta una pratica ben consolidata nei nostri reparti, ma soprattutto per l'assistenza alle pazienti con diagnosi di aborto spontaneo. La gestione dell'aborto incompleto e dell'aborto interno con condotta di attesa e/o con l'utilizzo del misoprostolo, secondo quanto previsto dal protocollo Aifa, permette di evitare



“

In considerazione della attuale situazione pandemica è importante cercare di razionalizzare l'utilizzo di emocomponenti, in particolare ponendo attenzione a migliorare l'ematocrito delle gravide prima del parto

in molti casi la necessità di ricovero ospedaliero². I dati della letteratura indicano percentuali di successo fino al 76% per la condotta di attesa e fino all'85% per il trattamento medico dell'aborto interno, con percentuali ancora maggiori per l'aborto incompleto³. Le stesse considerazioni valgono per l'Ivg con metodo farmacologico, alla luce delle recenti indicazioni ministeriali che prevedono l'estensione alla 9^o settimana di gravidanza ed in attesa che vengano chiarite le modalità di gestione ambulatoriale, quando possibile.

L'ORGANIZZAZIONE DELLA SALA OPERATORIA

L'organizzazione della sala parto e del blocco operatorio deve prevedere percorsi separati per le pazienti positive o sospette e laddove possibile, il riconoscimento di una sala operatoria dedicata alle pazienti positive o sospette.

Deve essere prevista una zona dedicata alla vestizione, con ampia disponibilità di tutti i dispositivi di protezione individuale (Dpi) previsti. È opportuno che il personale dedicato alla assistenza chirurgica sia adeguatamente formato, anche attraverso frequenti esercitazioni, alle procedure di vestizione. È importante limitare l'ingresso in sala operatoria al solo personale necessario. La sala operatoria deve contenere il minimo di strumentazione e di materiale previsto per l'intervento, in modo da permettere una rapida ed adeguata

sanificazione dei locali alla fine dell'intervento.

In caso di interventi di emergenza può nascere il dubbio che le procedure di vestizione possano fare perdere troppo tempo ed allungare il tempo tra la decisione del cesareo e l'incisione. In realtà i dati della nostra esperienza e quelli disponibili in letteratura non indicano una differenza significativa nei tempi di organizzazione dei tagli cesarei urgenti ed emergenti.

L'ASSISTENZA ANESTESILOGICA

La tecnica anestesiologica più sicura per la chirurgia ostetrica in epoca di pandemia è senza dubbio quella neuroassiale. Le tecniche locoregionali, come l'epidurale o la subaracnoidea, eliminano il rischio correlato alla produzione di aerosol durante l'intubazione e l'estubazione ed evitano la necessità di ventilazione meccanica in pazienti che possono essere difficili da svezzare nel postoperatorio. L'anestesia generale va riservata solo ad alcune situazioni di emergenza o in caso di deterioramento delle condizioni materne. Va preferibilmente eseguita da personale esperto, che indossi Dpi adeguati, possibilmente con l'ausilio del videolaringoscopia in modo da ridurre i tempi di esposizione con l'aerosol generato dalla paziente. Un filtro ad alta efficienza (Hepa) deve essere utilizzato tra il paziente ed il circuito. L'estubazione richiede altrettanta attenzione ad evitare il con-

NOTE

1 www.facs.org/media/press-releases/2020/covid-clinical-guidance032520

2 All. 1 GU, Serie Generale n.144 del 21/6/2013

3 Cubo AM. PLoS One. 2019 Jan 10;14(1):e0210449.

4 www.pregnancy.cochrane.org/news. Covid19 review of national clinical practice guidelines for key questions relating the care of pregnant women and their babies

5 Rupsa C. Berghella V et al. Am J Obstet Gynecol MFM, 2020 May;2(2):100110

6 Macones et al. Am J Obstet Gynecol, 2019 Sept;221:3-247



tatto con le vie respiratorie della paziente e va eseguita in sala operatoria.

ASPETTI TECNICI

La tecnica chirurgica degli interventi ostetrici non dovrebbe essere modificata dall'epidemia attualmente in corso. Nascono soltanto dei dubbi sulla possibilità di garantire il clampaggio tardivo del funicolo e il precoce avvio dello *skin to skin* durante il taglio cesareo, la cui importanza ai fini della salute neonatale è avvalorata da forti evidenze scientifiche. Un documento di consenso della Cochrane ci rassicura sulla possibilità di continuare ad effettuare un clampaggio ritardato del funicolo e iniziare lo *skin to skin* in sala operatoria nelle pazienti negative ed in quella asintomatiche, ma ancora in attesa del tampone. Lo stesso documento evidenzia come ci sia invece incertezza sulla necessità di un clampaggio precoce del funicolo nelle pazienti positive o sintomatiche⁴. In considerazione della attuale situazione pandemica è importante cercare di razionalizzare l'utilizzo di emocomponenti, in particolare ponendo attenzione a migliorare l'ematocrito delle gravide prima del parto. Berghella suggerisce di valutare l'utilizzo routinario di acido tranexamico e di misoprostolo (400 mg per os) a scopo di prevenzione durante il taglio cesareo. In caso di necessità di trasfusione e in assenza di sanguinamento attivo consiglia di tra-

sfondare una sacca alla volta e valutare successivamente la reale necessità di una seconda sacca⁵.

LA GESTIONE PERIOPERATORIA

Un ultimo importante aspetto riguarda la necessità di ottimizzare i tempi di degenza postoperatoria. Le linee guida proposte dal gruppo di Berghella suggeriscono di dimettere le pazienti già in seconda giornata⁵. A tale scopo ci vengono sicuramente utili le indicazioni della società Eras, la cui corretta e completa applicazione ha dimostrato di ridurre le complicanze intraoperatorie, ridurre i tempi di degenza, ridurre il tasso di rientri dopo dimissione ospedaliera e minimizzare la necessità di accesso alle terapie intensive.

La corretta applicazione dei protocolli Eras si traduce anche in un significativo risparmio per i sistemi sanitari e rappresenta una risposta alla crescente necessità di modelli assistenziali agili ed innovativi. La società Eras ha pubblicato recentemente le linee guida assistenziali sul taglio cesareo, basate sulla attenta e approfondita analisi delle evidenze della letteratura scientifica per ciascun aspetto che riguarda l'assistenza perioperatoria⁶. Le indicazioni riguardano la preparazione preoperatoria, con particolare attenzione all'omeostasi glucidica, con riduzione dei tempi di digiuno preoperatorio ed eventuale supplementazione con maltodestrine nelle ore precedenti l'intervento. Particolare importanza viene data ad un'adeguata e tempestiva profilassi antibiotica, basata sull'analisi dei fattori di rischio per le infezioni postchirurgiche. Le indicazioni continuano con la gestione intraoperatoria, con particolare attenzione all'omeostasi termica, all'utilizzo di gambali pneumatici per la prevenzione della Tvp, alla rimozione precoce del catetere vescicale in sala operatoria o perfino alla valutazione della reale necessità del suo utilizzo. Fondamentale appare poi gestire adeguatamente la fase postchirurgica, sostenendo la precoce ripresa dell'alimentazione, garantendo una rapida mobilitazione e controllando adeguatamente il dolore, evitando il più possibile il ricorso ai farmaci oppiacei.

La gestione della chirurgia ostetrica in periodo di epidemia Covid richiede senz'altro un importante sforzo organizzativo e culturale, ma può rappresentare anche una grande opportunità di miglioramento dell'assistenza nei nostri ospedali. Quando finalmente l'epidemia sarà conclusa avremo senza dubbio acquisito una grande capacità di gestione delle urgenze e delle emergenze in sicurezza, a garanzia della salute delle mamme e dei loro bimbi.

16

CONTRIBUTI

Sindrome genitourinaria della menopausa

Estriolo a basso dosaggio, acido ialuronico e altro

La sindrome genitourinaria della menopausa (Gsm) è un problema molto antico che solo da poco è stato codificato in modo più preciso allo scopo di puntare un faro sull'argomento sia per la platea femminile che per la categoria dei medici; il suo nuovo inquadramento e la scelta della nuova definizione che sostituisce quella di atrofia vulvovaginale (Vva), è infatti solo del 2014



“

Data l'ampia distribuzione della sindrome nella popolazione femminile che si stima intorno al 75% in postmenopausa, e dato l'invecchiamento della stessa, è atteso che il fenomeno sia destinato a registrare numeri sempre maggiori



FRANCESCA NOCERA
Past President Società Italiana Ginecologia Terza Età (Sigite)

LO STESSO TERMINE "sindrome" sottolinea la complessità del quadro caratterizzato da segni obiettivabili e da sintomi soggettivi che si embricano con il fisiologico invecchiamento dell'apparato genitourinario. Data l'ampia distribuzione della sindrome nella popolazione femminile che si stima intorno al 75% in postmenopausa, e dato l'invecchiamento della stessa, è atteso che il fenomeno sia destinato a registrare numeri sempre maggiori.

A fronte di questi elevati numeri, la percentuale di donne trattate correttamente è molto bassa e spesso lo è solo per brevi periodi. In assenza di una più ampia conoscenza delle basi eziopatogenetiche della Gsm e delle raccomandazioni comuni a tutte le maggiori società scientifiche sul suo trattamento, essa potrà restare a lungo sottovalutata e conseguentemente non trattata. Se infatti una donna non riconosce quello che le accade come un problema e soprattutto come un problema risolvibile, difficilmente lo riferirà al medico e ancor meno richiederà un trattamento. Dal canto suo se il medico continuerà a temere l'impiego di trattamenti ormonali, si limiterà a prescrizioni poco impattanti sul benessere femminile lasciando il problema irrisolto. Nonostante oggi ci siano svariate opzioni terapeutiche (ormonali e non ormonali, sistemiche o locali) e trattamenti adiuvanti ben supportati dalla letteratura più autorevole, molte donne per svariate ragioni rimangono insoddisfatte dei suggerimenti che vengono proposti. È verosimile che un ruolo molto importante in questo "vuoto pre-

CONTRIBUTI NOCERA



La vitamina D orale e la vitamina E locale sono state proposte come adiuvanti nel trattamento della Gsm, ma i dati relativi alla loro efficacia sono molto scarsi e talvolta non concordanti



BIBLIOGRAFIA

Graziottin A. Estriolo: profilo farmacologico e clinico con focus sulla vescica 2016 www.fondazionegraziottin.org

Cano A et Al The therapeutic effect of a new ultraslow concentration estriol gel formulation Menopause 2012 Oct; 19 (10) 1130-9

Alvisi S et Al Review Vaginal Health in Menopausal Women Medicina 2019, 55, 615; doi:10.3390/medicina55100615

Edwards D, Panay N. Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: how important is vaginal lubricant and moisturizer composition? Climacteric 2016, 19:2, 151-161

scrittivo” sia la mancata o non sufficiente comunicazione medico-paziente.

Le più recenti linee guida nazionali, europee e nord americane (Raccomandazioni Sim-Sigite 2019, Ims 2020, Nams 2020) indicano la terapia ormonale locale come il trattamento di scelta nei casi in cui la sindrome genitourinaria della menopausa sia l'unico problema, sia per sintomi riferiti che per obiettività riscontrata dal ginecologo. Poter agire con una terapia locale piuttosto che sistemica, ha un duplice vantaggio: è spesso più efficace sui sintomi (bruciore, secchezza, disagio durante i rapporti sessuali, facilità a infezioni urinarie ricorrenti) e ci consente di arruolare donne di età più elevata che maggiormente hanno sintomi riconducibili alla Gsm, per la maggiore sicurezza di tale via di somministrazione su salute endometriale, rischio tromboembolico o mammario.

La sicurezza della via vaginale è legata strettamente alle caratteristiche biologiche della sostanza applicata, al suo dosaggio e alla sua formulazione in quanto specie nella fasi iniziali di impiego la maggiore sottigliezza dell'epitelio può permettere una maggiore quota di assorbimento sistemico per quanto esso rimanga molto modesto. Le formulazioni estrogeniche disponibili per l'utilizzo vaginale sono sia a base di estradiolo che di estriolo sotto forma di compresse, anello, ovuli, crema, o gel. L'estriolo in particolare è un estrogeno a bassa potenza (circa 80 volta inferiore all'estradiolo) che si presta molto bene all'impiego vaginale per lo scarso assorbimento e la selettiva affinità di legame con i recettori estrogenici beta che mediano effetti prevalentemente riparativi e antiproliferativi. Esso è in grado di modificare in senso favorevole la citologia vaginale, il Ph agendo sul microbiota vaginale, lo score di valutazione oggettiva della salute vaginale e migliorare conseguentemente i sintomi. Tuttavia in caso di preparazioni ormonali a dosaggi più elevati, si può ipotizzare una maggiore biodisponibilità e una azione biologica meno protettiva in quanto saturati i recettori beta, l'estriolo potrebbe legarsi anche ai recettori alfa che mediano prevalentemente effetti proliferativi. Per tale motivo negli ultimi anni la ricerca si è impegnata a realizzare preparazioni vaginali a dosaggi ultra ridotti (50 mcg/gr o 30 mcg/gr) e a specifiche formulazioni come gel mucoadesivo, in grado di garantire maggiori tempi di permanenza del prodotto in vagina piuttosto che migrazione verso l'utero.

Le varie formulazioni andrebbero sempre suggerite dopo opportuno counselling valutando sia le preferenze della donna sia l'obiettività. Non è difficile infatti che in caso di distrofia molto severa, l'impiego di ovuli sia difficile perché disagevole o che le creme spesso non risultino gradite perché hanno minore capacità adesiva alla mucosa e possono sporcare la biancheria. Gli studi suggeriscono un impiego quotidiano per 3 settimane seguito da un impiego bisettimanale ma con schema ampiamente personalizzabile.

Sui tempi di impiego occorre sottolineare che la maggior parte degli studi ha periodi di follow-up brevi o non superiori ai 12 mesi mentre le specifiche caratteristiche della Gsm richiedono terapie nel lungo termine. Nonostante le linee guida non richiedano supplementazione progestinica per la protezione endometriale, sarebbe auspicabile, nei trattamenti prolungati, suggerire una volta l'anno una ecografia transvaginale per la valutazione dello spessore endometriale pur in mancanza di specifiche raccomandazioni al riguardo.

I trattamenti non ormonali sono invece delle soluzioni quasi cosmetiche assolutamente prive di controindicazioni che vengono impiegati in prima battuta anche in auto prescrizione, in assenza di indicazione medica, per ridurre il discomfort du-

rante il rapporto sessuale. Essi possono essere impiegati da soli o in associazione, se necessario, con terapie ormonali e rappresentano una buona alternativa per le donne che non vogliono o non possono impiegare prodotti ormonali per la presenza ad esempio di patologie oncologiche ormonosensibili.

Si dividono in lubrificanti e idratanti. I lubrificanti possono essere a base acquosa, oleosa, o a base di silicone e sono indicati specificamente nelle donne che lamentano secchezza solo in occasione del rapporto sessuale. Si potrebbe erroneamente credere che un prodotto sia equivalente ad un altro, fornendo alla donna delle indicazioni molto generiche; invece, pur non essendo dei farmaci, è importante conoscerne le caratteristiche relative a Ph, eccipienti e soprattutto osmolalità al fine di evitare anche qualche effetto collaterale. Il Ph deve essere compreso tra 3.8 e 4.5 e l'osmolalità ottimale inferiore a 380 mOsm /k per non risultare irritanti o addirittura citotossici. La presenza di glicerolo o glicerina tra gli eccipienti non deve superare il 9,9% per non alterare la flora lattobacillare e addirittura promuovere sovrainfezioni da Candida o vaginosi batteriche. Dovrebbero essere preferiti i lubrificanti a base acquosa. Gli idratanti invece sono dei polimeri idrofili non solubili che aderendo alla mucosa vaginale la reidratano e mimano l'effetto delle secrezioni vaginali fisiologiche. Generalmente sono a base di acido ialuronico o di policarbophil. Il loro impiego è suggerito come più regolare rispetto ai lubrificanti, quasi come un trattamento cosmetico; l'uso può essere quotidiano o ogni 2-3 gg a seconda delle necessità o del grado di fastidio riferito.

L'acido ialuronico è un glicosaminoglicano molto diffuso nell'organismo in particolare nella cute, nei liquidi sinoviali, nelle articolazioni, nelle superficie generalmente sottoposte a frizione, nel corpo vitreo, nei vasi, nelle gengive, nell'epitelio vaginale. Avendo una grande capacità idrofila e poiché l'acqua facilita il movimento cellulare, favorisce la migrazione di cellule come ad esempio i fibroblasti favorendo riepitelizzazione, neoangiogenesi, formazione di collagene. È distribuito in strati più o meno profondi a seconda della sua lunghezza e della sua struttura molecolare. Quanto più alto è il suo peso molecolare tanto più bassa è la sua capacità di penetrazione. Si è potuto osservare che vi è un aumento fisiologico della concentrazione di acido ialuronico nella sede di traumi, in seguito a shock settico, nelle zone in via di cicatrizzazione, nelle donne in fase postovulatoria. Con l'età invece si ha una riduzione della produzione e di conseguenza una necessità di rimpiazzo. Nonostante la sua scoperta risalga agli anni '30, il suo primo utilizzo in campo medico oculistico risale agli anni '50. In passato si estraeva da fonti biologiche quali le cartilagini bovine oggi invece si ottiene a partire da ceppi di Sfilococco zooepidermidis. Le più recenti formulazioni a basso e bassissimo peso molecolare consentono una veicolazione più in profondità e una più efficace azione idratante.

Altre possibili componenti degli idratanti vaginali sono le ozonidi, prodotti intermedi dell'ozono che, in contatto con i tessuti biologici, vengono rapidamente attivati stimolando il microcircolo locale e inducendo neoangiogenesi, riparazione tissutale e azione antinfiammatoria.

La vitamina D orale e la vitamina E locale sono state proposte come adiuvanti nel trattamento della Gsm, ma i dati relativi alla loro efficacia sono molto scarsi e talvolta non concordanti. Considerando che quelle illustrate rappresentano soltanto una parte delle opzioni terapeutiche disponibili e sufficientemente suffragate dalla letteratura, è verosimile che per ogni donna si possa anzi si debba trovare un modello idoneo a migliorare la qualità di vita facendo emergere dal cosiddetto "silenzio sofferente" una quantità veramente elevata di sintomi e di premesse di morbilità correlate che non si possono continuare a ignorare. Sembra sorprendente lo scarto tra la prevalenza della condizione e la percentuale molto più bassa di donne che sono soddisfatte dei risultati ottenuti. Pur non ignorando che nessuna terapia può dare su tutti i soggetti gli stessi risultati, c'è da chiedersi se questo divario sia legato, oltre che da pregiudizi da parte delle donne anche a difficoltà da parte del medico a tirar fuori il problema e affrontarlo adeguatamente. Per fare questo occorre però essere in possesso di opportune conoscenze scientifiche, di essere disponibili all'ascolto e di avere un minimo di doti di comunicazione per coniugare le esigenze del corpo con le personalità delle donne che sono molto diverse le une dalle altre.

17

CONTRIBUTI



Il counselling in menopausa

La salute, secondo la definizione dell'Oms, è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non semplicemente l'assenza di malattia e di infermità. La menopausa intesa come processo bio-psico-socio-culturale deve essere vista come un evento sentinella che offre una unica opportunità per un dialogo tra la donna e gli operatori sanitari per valutare e migliorare lo stato di salute



MARIO GALLO

Direttore SC Ginecologia ed Ostetricia

Ospedale di Ciriè (To), AslTO4

Presidente Società Italiana Ginecologia della Terza Età

L'ATTEGGIAMENTO DELLE DONNE verso la menopausa svolge un ruolo importante nel causare o eliminare i problemi a seconda del significato attribuito: per alcune la menopausa è considerata una parte naturale della continuità della vita e per altre è una condizione medica ed un segnale della vecchiaia con perdita di attrattività. Per più della metà delle donne occidentali è una fase della vita complessa e a tratti negativa mentre è evidente una diversa valutazione e percezione in donne di altre etnie che considerano tale momento un completamento del proprio essere e il passaggio alla "seconda primavera" una transizione naturale (Paesi orientali) e una possibilità per un'accresciuta posizione nel contesto familiare e sociale (Paesi Africani). L'attuale approccio di noi operatori sanitari è ascoltare e porre attenzione alle problematiche della singola donna, cercare di prevenire patologie e disabilità, promuovere uno stile di vita sano e trattare i sintomi climaterici con una corretta valutazione rischi/benefici tenendo conto delle caratteristiche biologiche, di etnie e religioni e considerare gli aspetti socio-culturali.

L'incontro tra il professionista sanitario e la donna in climaterio deve essere una relazione equilibrata nel rispetto empatico reciproco. Studi europei sulle priorità richieste dai pazienti al medico nel corso di una visita evidenziano la richiesta di umanità, competenza, coinvolgimento nelle decisioni, tempo per la cura, disponibilità, informazione, comprensione delle esigenze, relazione medico-paziente e buone capacità di comunicazione. Ne deriva che il "buon medico" dovrebbe

non solo possedere abilità tecniche ma mostrare interesse alla storia del paziente, spiegare chiaramente ciò che il paziente vuole sapere sui sintomi e sulla malattia, fornire informazioni complete ed aiutare a gestire le emozioni dedicando un tempo adeguato.

La Legge 219/17 del nostro ordinamento indicando che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" ha cambiato radicalmente la relazione medico-paziente in cui il paziente si affidava totalmente al sanitario che era abituato a parlare in modo tecnico di difficile comprensione.

In questa nuova prospettiva il medico si pone in una posizione di ascolto, di sostegno e di rispetto delle volontà del paziente con tutta la sua competenza e la sua umanità tenendo conto dello stato emotivo del paziente non sempre ideale per immagazzinare nozioni di grande importanza. Da questo punto di vista la Legge valorizza appieno la relazione di cura che si costruisce su una comunicazione comprensibile, sincera e completa e su un autentico incontro relazionale tra persone e non su una fredda logica contrattualistica. I problemi di salute dopo la menopausa fisiologica sono dovuti all'invecchiamento dell'asse riproduttivo con sintomi immediati, intermedi e tardivi che si sommano a quelli dell'invecchiamento cronologico che determinando maggior predisposizione a patologie cardiovascolari, cerebrali degenerative, distrofiche e tumorali.

Un counselling adeguato deve tenere in considerazione la necessità di informazione in base a ciò che la donna ci richiede dando un sostegno effi-

“

Il "buon medico" dovrebbe non solo possedere abilità tecniche ma mostrare interesse alla storia del paziente, spiegare chiaramente ciò che il paziente vuole sapere sui sintomi e sulla malattia, fornire informazioni complete ed aiutare a gestire le emozioni dedicando un tempo adeguato

cace con strategie di coping e resilienza fornendo alla donna meccanismi di adattamento e di risposta alle condizioni di stress o cercandone le cause o gestendo le emozioni conseguenti acquisendo la capacità di affrontare, resistere e riorganizzare in maniera positiva la propria vita in questa fase di transizione.

Le donne quindi devono essere informate sui cambiamenti nelle varie fasi della menopausa e sui sintomi correlati più comuni. Occorre rispondere in modo chiaro ai dubbi e alle paure illustrando il rapporto benefici/rischi dei trattamenti per i sintomi a breve termine e gli effetti sulla salute a lungo termine agendo sulla percezione dei rischi. Durante il colloquio devono emergere i cambiamenti fisici percepiti dalla donna intesi come fattori biologici, le modificazioni dell'immagine del corpo, dell'umore, dell'autostima e della personalità ed esplorare i fattori socioculturali quali l'attività lavorativa, lo scenario familiare e la relazione di coppia. Questi fattori influenzano l'aspettativa di salute che in genere è più breve rispetto all'aspettativa di vita mentre l'obiettivo dovrebbe essere quello di farli coincidere ed è nostro compito pianificare con lei un patto preventivo e terapeutico per ridurre gli effetti negativi dell'ipoestrogenismo e dei fattori di rischio correlati; da parte sua la donna deve acquisire responsabilità verso la propria salute mettendo in atto stili di vita sani associati ad un eventuale supporto terapeutico mirato. Occorre saper ascoltare la donna ed incoraggiarla a raccontare i propri sintomi e come questi sono vissuti poiché possono incidere negativamente sulla qualità della vita e sul benessere psicologico interferendo sulla produttività e sulle relazioni professionali, sessuali ed emotive. I sintomi più riportati sono disturbi vasomotori, del sonno e psichici, diminuzione della libido, disturbi vaginali legati all'atrofia vaginale, disuria, dolori osteo-articolari e aumento di peso.

Non tutte le donne sperimentano sintomi vasomotori in menopausa: il 75% ha vampate di calore nel periodo perimenopausale e solo il 25% di queste è sintomatica per più di 5 anni. Una più intensa sintomatologia vasomotoria è legata a una maggior sensibilità cerebrale alla deplezione estrogenica e si associa ad aumento del rischio di alcune patologie croniche a lungo termine (malattie cardio-cerebrovascolari, osteoporosi). È quindi importante valutare il profilo di rischio personale: età, età al momento della menopausa, la causa, il tempo trascorso dalla menopausa, eventuali condizioni patologiche preesistenti. È opportuno incoraggiare le donne a continuare ad aderire ai programmi di screening per carcinoma di cervice, mammella e colon e valutare il profilo di rischio cardiovascolare, metabolico e osteoporotico mediante opportuni algoritmi.

CONTRIBUTI GALLO

Pur considerando che la menopausa non è una malattia, in presenza di sintomatologia vasomotoria moderata/severa è utile avviare un trattamento e la terapia ormonale è il più efficace. È di primaria importanza considerare il management individualizzato secondo le caratteristiche uniche personali ed il bisogno di salute della donna selezionando chi trattare, quando iniziare il trattamento e personalizzarlo.

Il principio fondamentale è curare le donne in menopausa fisiologica sintomatiche al di sotto dei 60 anni o comunque entro i 10 anni dalla menopausa e quelle in menopausa precoce/chirurgica o in prematura insufficienza ovarica, dopo aver escluso la presenza di controindicazioni che vanno dal sanguinamento anomalo uterino alle neoplasie ormono-dipendenti, alle gravi malattie croniche.

Il nostro obiettivo terapeutico dovrebbe essere l'utilizzo della più bassa dose efficace di estrogeno e di progestinico (nelle donne con utero), in linea con gli scopi del trattamento e con il rapporto rischio/beneficio per la singola donna nell'ottica della personalizzazione della terapia. Durante il colloquio dobbiamo spiegare i benefici e i rischi del trattamento in termini comprensibili alla donna spesso confusa da messaggi contraddittori tra il mantenersi efficiente ed in forma assumendo tale terapia e i presunti rischi ad essa collegati. Le paure sono per lo più dovute alla quantità di messaggi "terroristici" provenienti dai media che interpretano in modo semplicistico i dati scientifici e alla diffidenza nei confronti delle ditte farmaceutiche e di alcuni medici che non sempre hanno messo al primo posto i pazienti. Questa non accurata valutazione è stata per anni purtroppo percepita anche da certa parte della classe medica amplificando in modo esponenziale il giudizio negativo nei confronti della terapia ormonale e creando ulteriore confusione nelle donne. Da sempre la Società Italiana della Ginecologia della Terza Età e la Società Italiana della Menopausa cercano di sfatare questi errati pregiudizi rivolgendosi alla classe medica mediante convegni e pubblicazioni scientifiche e alle donne con articoli divulgativi di semplice lettura. È in



Appare evidente che per ottimizzare il counselling dobbiamo fornire notizie semplici per condividere una strategia personalizzata tale da dare serenità alla donna e ridurre il più possibile la scarsa aderenza ai consigli proposti nell'ottica che non sono gli anni che contano nella vita ma è importante la vita che si mette in quegli anni



dubbio che attualmente una oculata scelta dei preparati, delle dosi e dei tempi e con gli opportuni controlli, la terapia ormonale presenta solo poche ombre.

I risultati degli studi devono essere illustrati utilizzando i numeri assoluti in quanto la percentuale, il rischio relativo e il rapporto di probabilità possono creare allarmismo impiegando materiale iconografico e opuscoli divulgativi. Con questo approccio riusciremo a spiegare che la terapia ormonale è di prima scelta in presenza di importanti sintomi neurovegetativi in quanto è molto efficace ed è in grado di incidere sul benessere e sulla qualità di vita e che abbiamo a disposizione un numero elevato di preparati la cui scelta va condivisa e modulata nel tempo.

Ma di che cosa ha paura la donna? Teme il tumore della mammella e le malattie cardiovascolari. Occorre quindi evidenziare nel colloquio che il potenziale rischio di tumore mammario è una componente dell'analisi rischio-beneficio dove per ogni singola donna si deve considerare la gravità dei sintomi e i potenziali effetti benefici della terapia ormonale sull'osso e sull'apparato cardiovascolare con riduzione della mortalità globale. Le donne in trattamento devono essere indirizzate ad eseguire almeno una volta all'anno un controllo ginecologico, per la rivalutazione dei sintomi, della storia familiare e personale, nonché degli eventuali esami strumentali ed ematochimici richiesti per le caratteristiche individuali. Non ci sono indicazioni per imporre limitazioni rigorose alla durata dell'uso della terapia e la decisione di continuarla, modificarla o interromperla dipende dalle condizioni individuali, dai fattori di rischio personali e familiari, dagli obiettivi clinici.

Una strategia terapeutica globale deve sempre comprendere, anche nelle donne asintomatiche, la promozione di un corretto stile di vita inteso come una sana alimentazione, una adeguata attività fisica e la riduzione delle abitudini voluttuarie quali fumo ed alcool. Nel caso in cui la donna sintomatica, pur con gli adeguati chiarimenti, non accetti i preparati ormonali occorre valutare l'impiego di medicine complementari quali

la fitoterapia (fitoestrogeni e fitocomplessi), l'agopuntura, l'omeopatia e tecniche di medicina complementare (reflessologia, yoga, Tuina); è però utile chiarire che tali terapie non hanno gli stessi vantaggi, non sono efficaci e non posseggono lo stesso sostegno nella letteratura scientifica della terapia ormonale.

In presenza di una donna sintomatica con storia di neoplasie estrogeno-sensibili è utile consigliare farmaci neuroattivi quali gli inibitori del reuptake della serotonina e/o della noradrenalina, medicine e tecniche di medicina complementare.

Le donne in menopausa spontanea o iatrogena prima dei 45 anni e ancora più prima dei 40 anni necessitano di particolare attenzione in quanto sono a maggior rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, osteoporosi e demenza. In questo caso i rischi dovuti alla terapia ormonale sono minori e i benefici, a breve e lungo termine, potenzialmente superiori rispetto alle donne in menopausa fisiologica. Dobbiamo rassicurarle e indicare la prosecuzione della terapia fino all'età media della menopausa e l'opportunità di continuarla in base alle singole esigenze.

È essenziale prestare attenzione anche ai sintomi della sindrome genitourinaria già in perimenopausa per riconoscerla prontamente e curarla in modo appropriato prima che si verifichino irreversibili modificazioni in senso atrofico; il trattamento deve essere continuato nel tempo per mantenere i benefici e in assenza di sintomi neurovegetativi sono indicate le preparazioni estrogeniche topiche.

Abbiamo anche in questo caso alternative farmacologiche tipo il prasterone intravaginale o l'ospemifene orale e tecniche fisiche quali il laser vulvovaginale e la radiofrequenza.

Dai concetti espressi appare evidente che per ottimizzare il counselling dobbiamo fornire notizie semplici per condividere una strategia personalizzata tale da dare serenità alla donna e ridurre il più possibile la scarsa aderenza ai consigli proposti nell'ottica che non sono gli anni che contano nella vita ma è importante la vita che si mette in quegli anni.

RUBRICHE

ARTEINOSPEDALE

Le opere di Giovenale

La vera storia

Opera realizzata per il Santo Natale 2020

Giovenale
ginecologo ospedaliero



LINEA CLOGIN: Clorexidina + Acido ialuronico

Clogin[®]elle

ovuli vaginali

Vaginosi batteriche

Clorexidina, Acido ialuronico, Bromelina



10 ovuli vaginali da 2 g

CE 0546
Dispositivo medico



5 flc. da 100 ml +5 cannule

CE
Dispositivo medico

Clogin[®]

Lavanda vaginale pH 4,5

Prurito e bruciore

Acido boricco, Tea Tree oil, Aloe vera gel

Clogin[®]

schiuma detergente pH 4,5

Igiene intima quotidiana

Clorexidina, Camomilla, Calendula, Acido lattico



Flacone da 150 ml

CE
Dispositivo medico

Sakura
Salute al naturale

Azienda con sistema di gestione
per la qualità certificato
UNI EN ISO 9001, GMP
UNI CEI EN ISO 13485
www.sakuraitalia.it

STRESS e SBALZI D'UMORE
STANCHEZZA
DISTURBI OSSEI
FASTIDI MUSCOLARI

Potrebbero indicare una carenza
di magnesio



**Quotidiano alleato
del benessere**



**Per il benessere generale
della donna**



**Per un relax
supremo**