AOGOI
Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

6 **Anteprima Congresso**
Sempre al fianco delle donne

9 **Lo studio nazionale ItOSS**
L'infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza

23 **Il programma del Congresso**
Nel vivo degli argomenti

Gyneco Aogoi

NUMERO 6 - 2021 - BIMESTRALE - ANNO XXXII

NUMERO SPECIALE CONGRESSO SIGO 2021

SIGO 2021
12-15 DICEMBRE 2
SORRENTO

96° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
61° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI
28° CONGRESSO NAZIONALE AGUI
4° CONGRESSO NAZIONALE AGITE

LA GIN
E LE DO
OLTRE LA PANDEMIA

POSTE ITALIANE S.P.A. - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE - 70% - DCB ROMA

Carissime, carissimi

è veramente una grande gioia ritrovarci a Sorrento, dopo due anni finalmente ci rivediamo di persona!

Avremo modo di confrontarci, di aggiornarci, di scambiare chiacchiere: ebbene sì, ci vuole anche questo. Il nostro Congresso nazionale è sempre stato, e deve continuare ad essere, una occasione sia di formazione professionale sia di incontro. Creare e/o rafforzare le relazioni umane è un aspetto importante del nostro lavoro non solo nei confronti delle donne che si rivolgono a noi, ma anche fra di noi.

Lavorare in gruppo, gestire il team significa anche avere la capacità di motivare i componenti del gruppo, condividere obiettivi comuni e questo vale sia nel piccolo gruppo del singolo reparto sia a livello più ampio, nazionale.

Come ben sappiamo questi concetti hanno ormai una importanza strategica nella organizzazione del lavoro, e sono fondamentali anche per la nostra attività come Società scientifica.

Se ci sentiamo parte della nostra associazione, della nostra Aogoi, se sappiamo discutere e crescere insieme saremo più motivati, più forti e più consapevoli dell'importanza del nostro lavoro.

Il nostro Congresso è anche questo: parlare, conoscerci e ritrovarci con il piacere di stare insieme.

Buon Congresso e Buona lettura!

ELSA VIORA
Presidente Aogoi

Buon congresso!

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani

AOGOI
ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI

Numero 6 - 2021
Anno XXXII

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
Alba Cicogna
a.cicogna@hcom.it
Tel. 320.7411937
0331.074259

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:
novembre 2021
Tiratura 8.000 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

IL SALUTO DEI PRESIDENTI DEL CONGRESSO

Giuseppe Bifulco

Luigi Cobellis

Claudio Santangelo

Renato Tesauro

Benvenuti a Sorrento
Al Congresso Nazionale Sigo 2021

Avendo ricevuto dal Presidente e dal Consiglio Direttivo Sigo il privilegio di organizzare nuovamente in Campania il Congresso Nazionale dei Ginecologi, abbiamo pensato ad una sede attrattiva per i colleghi italiani.
Bisognava organizzare un Congresso di elevato valore scientifico in una location accogliente che ci consentisse di lasciare alle spalle l'intero scorso anno e guardare oltre verso nuovi scenari.
La scelta è caduta su Sorrento, terra delle sirene, che storicamente fa dell'accoglienza dei turisti e della ristorazione di alto livello la sua principale attività completata da tutto il resto della penisola e dalla vicina Isola di Capri.
Riteniamo che per la dolcezza dei suoi panorami e l'accoglienza della sua gente fosse il posto giusto per organizzare degnamente questo importante evento.
Abbiamo coinvolto la ginecologia campana invitando altresì tutti i colleghi più rappresentativi delle altre Regioni per dare contenuto scientifico alla manifestazione nazionale che rappresenta tutti noi, universitari, ospedalieri, strutture private e territoriali.
Avremmo dovuto avere più giorni a disposizione per dare spazio alle tante voci che avrebbero meritato di essere attori del nostro Congresso: purtroppo le contingenze passate ci hanno costretto a condensare a soli tre giorni l'intero Convegno sacrificando qualcuno e per questo ci scusiamo.
Abbiamo messo grande impegno per organizzare qualcosa che ci rappresenti tutti, consenta ai partecipanti di apprezzare i contenuti scientifici del congresso ma soprattutto li costringa, al momento della partenza, a ripensare a questi tre giorni come ad una bella esperienza con la voglia di ritornare presto nella terra delle sirene.

> Desideriamo porgere il benvenuto a tutti i relatori moderatori e congressisti del 96° Congresso Nazionale della Sigo "La ginecologia e le donne oltre la pandemia"

Per questo ringrazio tutti i ginecologi italiani per aver continuato ad essere al fianco delle donne nonostante le grandi difficoltà incontrate

ANTONIO CHIANTERA

PRESIDENTE SIGO

Guardiamo avanti per continuare a crescere

ANTONIO CHIANTERA

Eccoci finalmente al 96° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia

UN CONGRESSO che ricorderemo per molto tempo: dopo questo terribile e lungo periodo di emergenza pandemica che ha lasciato tracce indelebili nella storia dell'umanità e nella storia di ognuno di noi, torniamo a vederci in presenza e a confrontarci non più mediati dallo schermo di un computer.

Riprendiamo ad immergerci in quelle realtà che ci erano consuete e che il Sars Covid 2 ci ha negato per mesi. Certo, la battaglia non è ancora vinta, ma grazie alla vaccinazioni siamo fiduciosi che riusciremo a chiudere questo doloroso capitolo.

Da sempre noi ginecologi ci prendiamo cura della salute della donna, dalla pubertà alla post menopausa avanzata e le accompagniamo con professionalità durante il percorso nascita.

Anche durante l'emergenza abbiamo continuato inesorabili e con abnegazione a svolgere il nostro lavoro assistendo con dedizione tutte le donne, sia quelle non affette dal Covid sia quelle che invece non sono state risparmiate dal virus. Per questo ringrazio tutti i ginecologi italiani per aver continuato ad essere al fianco delle donne nonostante le grandi difficoltà incontrate.

E ora a Sorrento possiamo tirare le somme di quanto affrontato e capire come trasformare l'esperienza acquisita in nuove opportunità di conoscenza per la nostra professione. Soprattutto possiamo finalmente dedicarci a quei temi fondamentali per la nostra crescita professionale.

È un programma scientifico ricco quello del Sigo 2021. Si va dai tumori dell'ovaio e della sfera genitale femminile alle patologie uterine benigne fino alla gestione del Covid in gravidanza; dalle attività in sala parto fino alla prevenzione vaccinale delle donne in gravidanza. E ancora dalla gestione delle emergenze ostetriche alle novità nel campo della Pma solo per citare alcuni degli argomenti che approfondiremo.

In conclusione, cari colleghi vi aspetto tutti quanti a Sorrento dal 12 al 15 dicembre. Certo di potervi incontrare vi mando un caloroso e affettuoso saluto.

È un programma scientifico ricco quello del Sigo 2021. Si va dai tumori dell'ovaio e della sfera genitale femminile alle patologie uterine benigne fino alla gestione del Covid in gravidanza

ELSA VIORA
PRESIDENTE AOGOI

Sempre al fianco delle donne

ELSA VIORA

IL TITOLO DEL NOSTRO CONGRESSO nazionale 2021 è "La ginecologia e le donne: oltre la pandemia". Credo che nel titolo siano riassunti i concetti fondamentali che vogliamo esprimere: la ginecologia, le donne, andare oltre la pandemia.

LA GINECOLOGIA E L'OSTETRICIA sono parti complementari della stessa specialità che si occupa della salute della donna a 360°, in tutte le fasi della vita. Noi medici ostetrici-ginecologi siamo a fianco della donna nelle varie situazioni dalle normali modificazioni che accompagnano la sua vita (pubertà, gravidanza, menopausa) alla prevenzione volta, a seconda dell'età, a prevenire l'insorgenza delle malattie sessualmente trasmissibili, le gravidanze non desiderate, le patologie neoplastiche, le complicanze della gravidanza, le complicanze della fase post-menopausale (le donne hanno una aspettativa di vita di oltre 30 anni dopo la menopausa) alla cura delle malattie, neoplastiche oppure di natura benigna, delle varie situazioni in cui in una fase fisiologica della vita la donna necessita di assistenza e di cure addizionali perché compare una complicanza.

MA VI È UN ALTRO ASPETTO DA NON SOTTOVALUTARE, la gran parte dei medici è donna e ci troviamo in questa situazione molto particolare di donne che curano le donne, che parlano di problemi che esse stesse hanno vissuto in prima persona quindi con un coinvolgimento, una empatia che dovrebbe essere unica.

E tutto questo porta anche ad una visione diversa dell'organizzazione del lavoro, dei Reparti: l'apporto che le donne possono dare in Ginecologia ed Ostetricia deve essere valorizzato perché può davvero fare la differenza nelle cure, nella presa in carico della persona, non più paziente, ma persona da coinvolgere e con cui costruire un rapporto di fiducia, senza mai rinunciare al nostro ruolo, alle nostre competenze.

Anche in una visione più ampia, al di là della nostra specialità, le donne medico possono dare maggior peso a molti aspetti dell'organizzazione del lavoro, delle strutture e degli studi clinici. Penso alla medicina di genere, di cui tanto si parla ma forse poco si fa.

LA PANDEMIA HA MESSO IN LUCE le criticità del nostro Sistema sanitario, ma anche la capacità dei singoli operatori di essere in grado di ri-organizzarsi in tempi brevissimi, trovare soluzioni talvolta "fantasiose" ma efficaci, utilizzando al meglio gli spazi disponibili, inventandosi dei percorsi strutturali differenziati per persone Covid-positive e Covid free per permettere l'accesso alle cure. Questo è stato il vero miracolo della sanità italiana.

Però anche questa volta, l'attenzione alla medicina di genere, alla salute delle donne è stata carente: le donne sono state poco considerate negli studi relativi alle cure, ai farmaci, ai vaccini. Penso ai diversi effetti che l'infezione Covid ha avuto sulle donne, ai vaccini, su cui tanto abbiamo discusso e tanto tempo abbiamo perso anche perché le donne che allattavano e le donne in gravidanza non sono state incluse nella fase sperimentale.

L'impegno che dobbiamo assumerci, tutti, è di andare "oltre" la pandemia facendo tesoro dell'esperienza triste, drammatica che abbiamo vissuto e mettere in pratica gli insegnamenti che dovremmo aver acquisito.

LA PAROLA D'ORDINE È RISPETTO: rispetto della persona, rispetto delle conoscenze scientifiche, rispetto dell'ambiente.

Non vogliamo "tornare come prima", ma vogliamo "andare oltre" e migliorare. Migliorare la nostra sanità, creare una vera rete territorio-ospedale-territorio che metta al centro la salute della donna, avere modalità di organizzazione del lavoro che tengano conto della persona, sia essa operatore sanitario o persona assistita, creare équipe che possano davvero lavorare in sintonia, in armonia: solo in questo modo sapremo costruire la sanità del futuro!

> La vera calamità sociale non è il Covid ma la denatalità: un mondo in cui nascono sempre meno giovani è un mondo destinato ad autoestinguersi.

NICOLA COLACURCI

PRESIDENTE AGUI

Il Congresso della "ri-nascita ostetrico-ginecologica"

Finalmente tutto il mondo ginecologico italiano potrà incontrarsi di nuovo e confrontarsi dal vivo a Sorrento in occasione del 96° Congresso della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia

NICOLA COLACURCI

UN CONGRESSO che ha pertanto un significato assolutamente eccezionale in quanto rappresenta il Congresso della "ri-nascita ostetrico-ginecologica": il potersi di nuovo incontrare è la consapevolezza che il momento più buio della pandemia è stato superato, e che molto è stato merito degli operatori sanitari impegnati nella gestione dell'emergenza Covid; e tra questi sicuramente tutta la ginecologia, che ha dovuto gestire il percorso nascita, dal desiderio di gravidanza al parto, sia nelle donne covid free, sia nelle sospette, sia nelle donne affette, con un impegno e una abnegazione senza precedenti.

In quest'ottica, il Congresso rappresenta anche il primo evento post-pandemia in cui si affronterà e si razionalizzerà tutto quello che la pandemia ha modificato, dal rapporto medico-paziente, ai percorsi diagnostico-terapeutici, alle priorità di cura. Il Congresso ha pertanto la funzione di condividere con tutta la comunità ginecologica tali cambiamenti e di prospettare i comportamenti attuali più opportuni da tenere.

Ancora più significativo è, nell'ambito dei temi congressuali, la medicina della riproduzione. Mai come in questo momento, la gravidanza e il parto rappresentano la speranza, la vita che continua, il futuro, ed il ginecologo li rappresenta simbolicamente.

La vera calamità sociale non è il Covid ma la denatalità: un mondo in cui nascono sempre meno giovani è un mondo destinato ad autoestinguersi.

Per tale ragione ampio spazio è dato alle tematiche inerenti le strategie per implementare le percentuali di successo in Pma, mantenere il potenziale riproduttivo.

La Sigo, con i suoi Giss, da società generalista sta diventando la società ginecologica di riferimento per ognuna delle superspecializzazioni ginecologiche ed ostetriche, in quanto i componenti dei Giss, essendo espressione delle migliori competenze in ogni specifico campo della ostetricia e ginecologia, ne rappresentano i riferimenti nazionali nei loro specifici campi.

Nell'ambito della medicina della riproduzione è dal Giss-Sigo che sono partiti i protocolli comportamentali per superare l'emergenza Covid e riprendere le procedure Pma in sicurezza, e sempre dal suo Giss stanno nascendo i percorsi medici terapeutici per la Pma, che diventeranno una guida per un corretto percorso clinico assistenziale in tale campo.

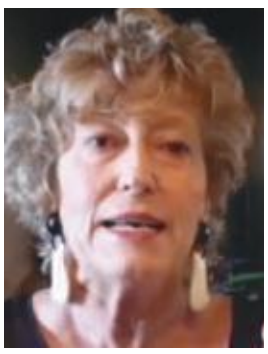
Infine, la formazione diventa ancor di più che nel passato una priorità. La pandemia ci ha consegnato un impegno gravoso ma fondamentale per la tutela della salute delle generazioni future di donne: un numero sempre maggiore di specialisti da formare che obbliga la ginecologia in tutte le sue componenti, universitaria, ospedaliera e territoriale a riorganizzare le proprie attività, a ripensare i percorsi formativi sviluppando nuovi modelli in cui assume un ruolo centrale la simulazione e in cui si possa realizzare una rete formativa nazionale in cui ogni sede, sia essa universitaria o ospedaliera, possa mettere a disposizione le proprie specificità ultra-specialistiche affine di renderle fruibili per la formazione specialistica

L'impegno della Sigo in tutti questi campi è massimo.

VALERIA DUBINI
PRESIDENTE AGITE

Il territorio ai tempi della pandemia

La pandemia ci ha anche finalmente mostrato come un territorio ben organizzato e strutturato rappresenti una risorsa unica per sostenere l'intero sistema sanitario


VALERIA DUBINI

FINALMENTE il nostro Congresso nazionale torna in presenza.
Potremo, se non riabbracciarci, quanto meno sentirci vicini e riconoscerci dietro le mascherine.
Usciamo da un periodo durissimo, che non avremmo mai immaginato e che purtroppo ci accompagnerà ancora per un po' di tempo.
Ma ne usciamo insieme, con le tre anime della ginecologia ben rappresentate e solide nella loro Federazione Sigo: anime che non si sono mai fermate, non sono andate mai in lockdown come non sono andate in lockdown le gravidanze e le tante problematiche che riguardano le nostre assistite.
E forse anche questo terribile periodo ci ha insegnato qualcosa, che dovremmo ricordare e valorizzare.
Ci ha insegnato l'importanza di un sistema sanitario pubblico e universalistico, il valore dei nostri Ospedali che si sono trovati in prima linea ad affrontare situazioni fino ad ora sconosciute di emergenza e complessità e delle nostre Università che hanno via via studiato il fenomeno e apportato conoscenza.
Ma la pandemia ci ha anche finalmente mostrato come un territorio ben organizzato e strutturato rappresenti una risorsa unica per sostenere l'intero sistema sanitario.
Se da molto tempo parliamo di integrazione territorio-ospedale, magari senza guardare a modelli identificati, ecco che il Covid ci ha fatto capire cosa questo significhi: il territorio è stato in grado di affrontare l'emergenza mantenendo aperti tutti i servizi, alleggerendo così gli ospedali che a giusto titolo dovevano rendersi disponibili per trattare i malati più gravi e fronteggiare le urgenze e le situazioni più difficili.
I consultori si sono dimostrati punti di riferimento per le gravidanze, la contraccezione, le certificazioni per le Ivg: grazie alle loro equipe multidisciplinari sono stati in grado di offrire il sostegno agli adolescenti in difficoltà, e finanche alle donne vittime di maltrattamenti e violenza che, nel periodo più acuto della pandemia, avevano timore di accedere ai Pronto Soccorso e hanno preferito rivolgersi a strutture considerate più a basso rischio e di prossimità.
Certo, come per gli edifici scolastici, si sono anche messe in evidenza le carenze: quelle strutturali, che rendevano difficile il distanziamento, quelle legate alla presenza di attrezzature, non garantite su tutto il territorio nazionale, quelle legate alla carenza di personale che, ahimè, coinvolge in realtà tutto il nostro sistema sanitario.
Dovremmo dunque avere imparato che servono investimenti anche per i servizi territoriali e che questo rappresenta un modo di guardare al futuro rendendo sostenibile tutto il nostro sistema sanitario. Pensiamo soltanto al tema delle interruzioni di gravidanza: è stato essenziale che le Società scientifiche prima e il Ministero successivamente si siano pronunciati e abbiano spinto sull'aborto medico anche a livello territoriale, garantendo sicurezza per la salute delle donne, tempestività per gli interventi e riducendo il ricorso all'aborto chirurgico con costi minori e maggiori spazi nelle sale operatorie da destinare ad interventi più complessi.
Sono certamente molte le prestazioni che il territorio è in grado di offrire, dalla prevenzione oncologica alle ecografie in gravidanza, ed è venuto il momento di ripensarlo vedendolo come una parte importante di un sistema che deve funzionare nell'insieme valorizzando i singoli segmenti.
Certo la strada è ancora lunga, ma lasciamo che almeno questo insegnamento la pandemia ce lo abbia regalato, e che ciascuno di noi abbia chiaro come sia necessario lasciarlo crescere e germogliare. Per questo nel Congresso nazionale è stato scelto di non separare argomenti territoriali da gli argomenti ospedalieri o universitari: scegliere di trattare argomenti complessi come il carcinoma dell'ovaio affrontando anche il ruolo dei ginecologi territoriali nel *counseling*, nella prevenzione e nella diagnosi, è certamente un buon punto di partenza per comprendere davvero cosa significa integrazione e cosa è meglio per le nostre assistite. E allora... vediamoci a Sorrento e auguriamoci di potere davvero ripartire con energie rinnovate e voglia di nuovi modelli che guardino al futuro.

01

CONTRIBUTI

Lo studio nazionale ItOSS sull'infezione da SARS-CoV-2 in gravidanza

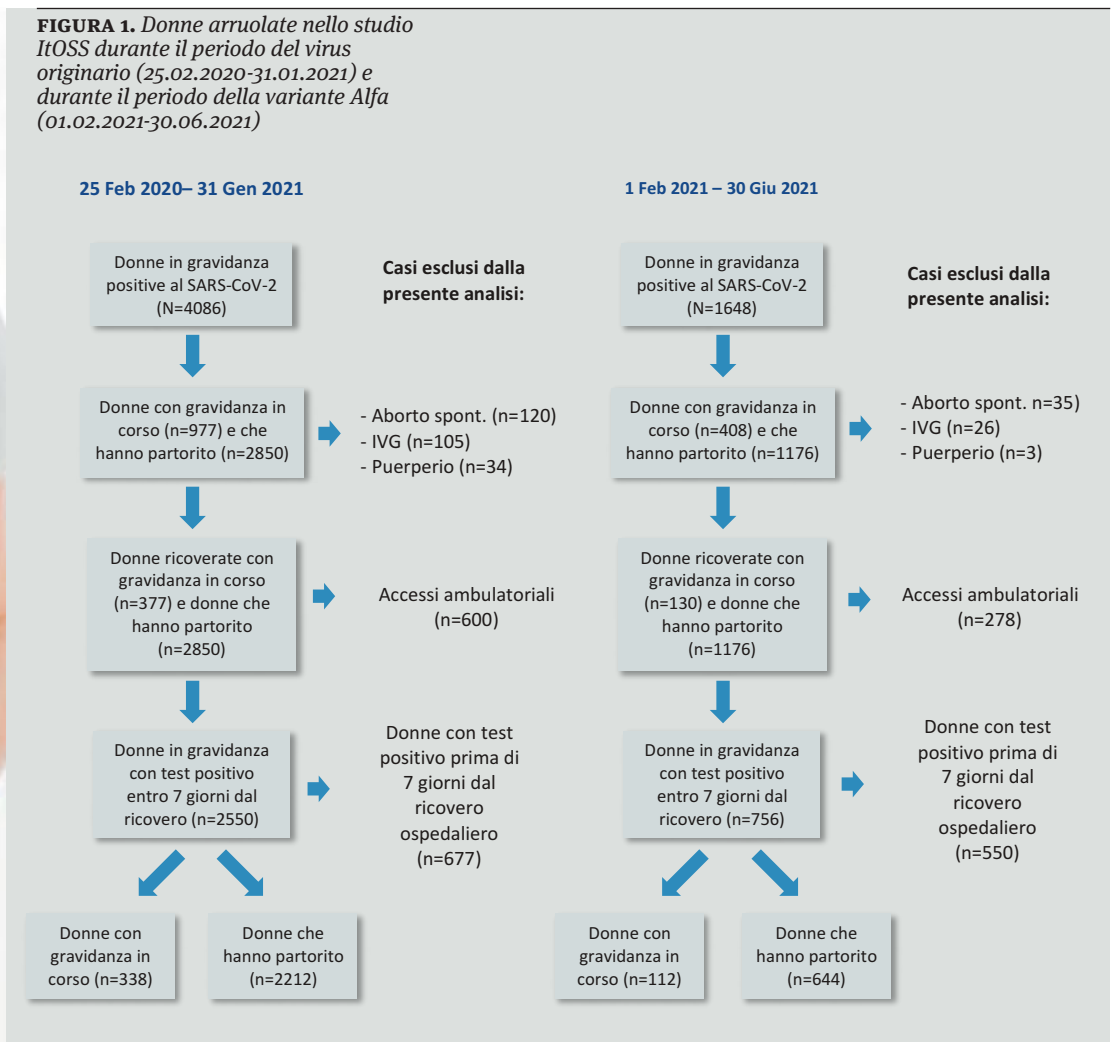


FIGURA 1. *Donne arruolate nello studio ItOSS durante il periodo del virus originario (25.02.2020-31.01.2021) e durante il periodo della variante Alfa (01.02.2021-30.06.2021)*

Dall'inizio della pandemia, l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS) dell'Istituto Superiore di Sanità ha avviato uno studio nazionale prospettico su base di popolazione per raccogliere informazioni sulle donne con diagnosi certa di infezione da Sars-CoV-2 che si sono rivolte ai presidi ospedalieri in Italia durante la gravidanza, al parto e in puerperio.

SERENA DONATI, ANTONIO MICHELE SALVATORE, ALICE MARASCHINI ED EDOARDO CORSI

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

Nella PA di Trento e nelle Regioni Piemonte, Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Campania il progetto ha previsto 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. La tempestiva adesione da parte di tutti i punti nascita italiani testimonia la capacità operativa della rete che ItOSS coordina dal 2013 per le attività di sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna in Italia. La rapidità di avvio delle procedure operative per la raccolta dei dati, la condivisione di metodi comuni, la qualità e completezza delle segnalazioni dei casi incidenti sono la testimonianza della *preparedness* della rete, cruciale in caso di emergenze sanitarie come la pandemia da Covid-19.

Il progetto è stato approvato dal Comitato Etico Iss e dai comitati etici locali delle regioni. Le donne sono state arruolate previa acquisizione di consenso informato e le informazioni di interesse sono state trasmesse, via web, a un server protetto dell'Iss dove i dati sono stati analizzati.

Dal 25 febbraio, data del primo caso ostetrico segnalato in Italia, al 30 giugno 2021, data di conclusione della raccolta dati, i 315 punti nascita partecipanti hanno segnalato 5.734 donne in gravidanza positive al virus. Per ogni donna arruolata disponiamo delle informazioni socio-demografiche materne, del dettaglio del percorso assistenziale e terapeutico, comprensivo delle informazioni relative al parto e agli esiti materni e perinatali. Il tasso nazionale d'incidenza dell'infezione da Sars-CoV-2 stimato per le donne in gravidanza è pari a 23,5 per 1.000 parti (IC 95% 22,7-24,2) nel periodo in cui in Italia circolava il virus originario (25.02.2020-31.01.2021) e a 16,6 per 1.000 (IC 95% 15,8-17,3) in quello caratterizzato dalla predominante circolazione della variante Alfa (01.02.2021-30.06.2021). Le donne in gravidanza risultano a minor rischio di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2 rispetto a quelle in età riproduttiva (15-49 anni) assunte quale popolazione di riferimento, i cui casi positivi sono stati segnalati alla sorveglianza nazionale e le cui incidenze stimate risultano pari rispettivamente a 52,6 per 1000 (IC 95% 52,5-52,7) e 83,8 per 1000 (IC 95% 83,5-84,0) nei due periodi. Anche i ricoveri in terapia intensiva e la mortalità materna delle donne arruolate nella coorte ItOSS sono risultate complessivamente meno frequenti rispetto a quelle della popolazione di riferimento.

LA FIGURA 1 descrive il diagramma di flusso dell'intera coorte ItOSS distinta nei due periodi. Nelle analisi a seguire sono state prese in esame solo le 3.306 donne con un test positivo entro 7 giorni dal ricovero ospedaliero; di cui 2.550 si sono ricoverate nel periodo del virus originario e 756 in quello della variante Alfa. Oltre il 90% della coorte aveva contratto l'infezione durante il terzo trimestre di gravidanza. Al momento del ricovero il 64,3% era asintomatico e la diagnosi di polmonite da Covid-19 ha riguardato il 12,8% della coorte.

In analogia a quanto descritto a livello internazionale, i fattori significativamente associati a un aumento del rischio di sviluppare una polmonite da Covid-19 sono: l'età tra 30 e 34 anni (OR 1,43, IC 95% 1,09-1,87) e ≥35 anni (OR 1,62, IC 95% 1,23-2,13), la cittadinanza di Paesi a forte pressione migratoria (OR 1,75, IC 95% 1,36-2,25), le precedenti

CONTRIBUTI DONATI

TABELLA 1
Esiti materni e neonatali

Esiti materni	25/2/2020-31/1/2021				1/2-30/6/2021			
	Senza polmonite COVID-19 (n=2251)		Con polmonite COVID-19 (n=299)		Senza polmonite COVID-19 (n=631)		Con polmonite COVID-19 (n=125)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ossigeno terapia	21	0,9	158	52,8	24	3.8	92	73.6
Ventilazione meccanica e/o ricovero in terapia intensiva	0	0,0	56	18,7	0	0.0	52	41.6
Ventilazione meccanica non invasiva	0	0,0	53	17,7	0	0.0	47	37.6
Ventilazione meccanica invasiva:	0	0,0	15	5,0	0	0.0	21	16.8
Intubazione orotracheale	0	0,0	14	4,7	0	0.0	21	16.8
ECMO	0	0,0	3	1,0	0	0.0	4	3.2
Ricoveri in terapia intensiva	0	0,0	35	11,7	0	0.0	40	32.0
Decessi	0	0,0	1	0,3	0	0.0	0	0.0
Esiti perinatali	n=2081		n=169		n=578		n=80	
Nati morti	15	0,7	2	1,2	3	0.5	0	0.0
Nati vivi	2066	99,3	167	98,8	575	99.5	80	100.0
Neonati deceduti	3	0,1	1	0,6	2	0.3	1	1.3
Ricoveri in terapia intensiva neonatale	212	10,3	43	25,7	55	9.6	24	30.0

TABELLA 2
Modalità del parto ed età gestazionale alla nascita

	25/2/2020-31/1/2021				1/2-30/6/2021			
	Senza polmonite COVID-19 (n=2049)		Con polmonite COVID-19 (n=163)		Senza polmonite COVID-19 (n=567)		Con polmonite COVID-19 (n=77)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Modalità del parto (8 missing)								
Parto vaginale	1381	67,6	74	46,0	399	70.4	23	29.9
TC d'elezione	315	15,4	19	11,8	84	14.8	8	10.4
TC urgente o d'emergenza per indicazione materno-fetale	337	16,5	43	26,7	84	14.8	22	28.6
TC urgente o d'emergenza per COVID-19	10	0,5	25	15,5	0	0.0	24	31.2
Età gestazionale alla nascita, in settimane (51 missing)								
≤31	31	1,5	16	10,3	9	1,6	8	10,5
32-36	146	7,2	38	24,4	39	7,1	25	32,9
≥37	1847	91,3	102	65,4	501	91,3	43	56,6

TC: taglio cesareo

comorbosità (OR 1,49, IC 95% 1,13-1,98) e l'obesità (OR 1,72, IC 95% 1,29-2,27).
La gravità della malattia da Covid-19 contratta in gravidanza presenta numerose differenze in letteratura. Questo perché, durante la prima ondata pandemica, serie di casi non *population-based* a rischio di duplicazione e prive di appropriati denominatori, insieme alla pubblicazione di revisioni sistematiche condizionate dalla bassa qualità degli studi osservazionali disponibili e alla prematura diffusione di lavori in *preprint* hanno talvolta compromesso la qualità della ricerca. Studi prospettici su base di popolazione condotti da UKOSS nel Regno Unito e da NOSS nei Paesi del Nord Europa adottando la metodologia comune al network internazionale INOSS, hanno riportato un basso rischio assoluto di esiti gravi per madri e neonati, in analogia a quanto descritto per la coorte ItOSS. Al contrario, la sorveglianza passiva e retrospettiva coordinata dai Cdc statunitensi e le metanalisi a seguire hanno riportato una prevalenza maggiore di malattia grave da Covid-19 e di esiti sfavorevoli in gravidanza. Queste differenze sembrano ascrivibili principalmente al diverso disegno degli studi. La sorveglianza statunitense, ad esempio, a causa della segnalazione passiva e retrospettiva, non dispone dell'informazione sullo stato di gravidanza per il 64,5% dei casi segnalati, mentre i dati raccolti nei Paesi europei risultano più accurati grazie a una metodologia solida e alla collaborazione con reti di professionisti appositamente formati.
Lo studio multinazionale InterCovid, cui hanno partecipato anche dei punti nascita italiani, ha riportato un aumento del rischio di mortalità materna di 22 volte per le donne Sars-CoV-2 positive in gravidanza. Tuttavia, tutti i decessi sono avvenuti in Paesi a basse risorse economiche, probabilmente quale conseguenza della indisponibilità di assistenza intensiva per le donne in condizioni critiche.

LA TABELLA 1 DESCRIVE gli esiti materni e perinatali stratificati per presenza/assenza di polmonite durante i due periodi in esame. Complessivamente il 3,3% delle donne ha avuto una polmonite grave che ha richiesto supporto ventilatorio invasivo e/o ricovero in terapia intensiva. Le donne ricoverate durante il periodo Alfa presentano un rischio di polmonite grave di oltre tre volte rispetto alle ricoverate durante il periodo del virus originario (OR aggiustato =3,24, IC 95% 1,99-5,28) e anche gli esiti materni sono peggiori, eccezion fatta per la mortalità. Dal momento che durante i due periodi le caratteristiche socio-demografiche e ostetriche delle donne arruolate nello studio non presentano differenze, la maggiore morbosità che caratterizza il periodo della variante Alfa sembra attribuibile alle caratteristiche patogenetiche del virus mutato. I clinici dovrebbero pertanto essere consapevoli che l'emergenza di nuovi ceppi virali può essere associata a diversa morbosità materna e perinatale, come rilevato anche nel Regno Unito durante la circolazione delle varianti Alfa e Delta.

LA TABELLA 2 DESCRIVE la modalità del parto e l'età gestazionale al parto delle 2.856 donne che hanno partorito. Complessivamente, il tasso di cesarei (34,1%) è leggermente superiore rispetto al tasso nazionale riportato dal CeDAP nel 2019 (31,8%). I cesarei in urgenza ed emergenza dovuti al Covid sono significativamente più frequenti tra le donne con polmonite (20,4% vs. 0,4%). Questo dato evidenzia come, anche durante la fase acuta della pandemia, i clinici abbiano saputo rispettare le raccomandazioni internazionali circa la mancata indicazione al parto chirurgico in caso di infezione da Sars-CoV-2. In questa occasione, i ginecologi italiani hanno saputo fare meglio dei colleghi di Paesi come il Regno Unito e i Paesi Bassi e del Nord Europa, nonostante prima della pandemia il loro tasso di cesarei fosse minore di quello italiano.
Sul totale dei 2.888 nati vivi registrati nello studio, l'11,6% è stato ricoverato in terapia intensiva neonatale La percentuale di parti pretermine (11,1%) è maggiore rispetto al tasso nazionale del 2019 (6.7%) e significativamente più frequente tra le donne con diagnosi di polmonite (37,5% vs 8,8% in assenza di polmonite) raggiungendo il 43,4% durante il periodo Alfa (OR aggiustato =1,69, 95%

> Tutti i decessi sono avvenuti in Paesi a basse risorse economiche, probabilmente quale conseguenza della indisponibilità di assistenza intensiva per le donne in condizioni critiche

PER APPROFONDIRE:

Allotey J, Stallings E, Bonet M, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020;370:m3320. Published 2020 Sep 1. doi:10.1136/bmj.m3320

Corsi E, Maraschini A, Perrone E, et al. La preparedness dell'Italian obstetric surveillance system in occasione della pandemia da SARS-CoV-2: aspetti metodologici di uno studio di popolazione [The preparedness of the Italian obstetric surveillance system in the response to the emergency of the SARS-CoV-2 pandemic: methodological aspects of a population-based study]. Epidemiol Prev. 2020;44(5-6 Suppl 2):81-87. doi:10.19191/EP20.5-6.S2.089

Donati S, Corsi E, Salvatore MA, et al. Childbirth Care among SARS-CoV-2 Positive Women in Italy. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4244. Published 2021 Apr 16. doi:10.3390/ijerph18084244

Donati S, Corsi E, Maraschini A, Salvatore MA; the ItOSS- COVID-19 Working Group. The first SARS-CoV-2 wave among pregnant women in Italy: results from a prospective population-based study. Ann Ist Super Sanità 2021;57(4):272-285. doi:10.4415/ANN_21_04_02

Donati S, Corsi E, Maraschini A, Salvatore MA; ItOSS- COVID-19 working group. SARS-CoV-2 infection among hospitalized pregnant women and impact of different viral strains on COVID-19 severity in Italy: a national prospective population-based cohort study [published online ahead of print, 2021 Oct 23]. BJOG. 2021;10.1111/1471-0528.16980. doi:10.1111/1471-0528.16980

CI 0,94-3,04). Escludendo i parti pretermine con indicazione iatrogena (27.2% del totale), il tasso di pretermine spontanei scende all'8,1%. Anche UKOSS ha rilevato un aumento significativo dei parti pretermine durante il periodo Alfa e Delta, confermando il sospetto di maggiore morbosità rispetto al virus originario. Verosimilmente, l'aumento delle polmoniti in gravidanza durante il periodo Alfa e Delta ha causato un più frequente ricorso al parto, spesso prima del termine di gravidanza, con l'obiettivo di migliorare le condizioni respiratorie delle donne. Fortunatamente, in entrambi i Paesi, i nati pretermine sono per lo più *late preterm* che, nonostante più frequenti ricoveri in terapia intensiva neonatale rispetto ai nati a termine, non sono associati a un incremento di grave morbosità e mortalità perinatale. Le morti in utero (0.7%) e le morti neonatali precoci (0.2%) non sono infatti risultate associate alla polmonite materna né alle diverse varianti del virus, e rimangono stabili rispetto al periodo pre-pandemico.

In conclusione, disporre di dati italiani prospettici su base di popolazione in grado di descrivere l'andamento delle infezioni in gravidanza e gli esiti materni e perinatali, anche in funzione della circolazione del virus e della comparsa di nuove varianti, ha facilitato i clinici nel modulare la pratica assistenziale e i decisori nelle indicazioni di salute pubblica, tra cui l'offerta vaccinale in gravidanza. La vaccinazione contro il Covid-19, raccomandata dal Ministero della Salute, Iss e Aifa a gennaio 2021 alle sole donne più esposte al virus e/o con maggiore rischio di malattia grave, teneva conto delle scarse evidenze disponibili sul profilo di sicurezza e di efficacia dei vaccini in gravidanza e della bassa prevalenza dell'infezione e di esiti sfavorevoli osservati. A settembre 2021, a seguito delle maggiori evidenze emerse sul profilo di efficacia e sicurezza dei vaccini e dell'emergenza della variante Alfa, associata a maggiore morbosità materna anche in Italia, la raccomandazione prevedeva l'estensione a tutte le donne in gravidanza, a partire dal secondo trimestre. Disporre di dati nazionali tempestivi e robusti durante la pandemia ha dato la misura dell'importanza della ricerca nella risposta a un evento epidemico e della necessità di disporre di una rete nazionale di professionisti sanitari in grado di segnalare gli eventi di interesse. La rete coordinata da ItOSS in Italia costituisce un'impresa condivisa ricercatori-clinici con l'obiettivo di garantire un osservatorio nazionale in grado di mettere a disposizione di decisori, professionisti sanitari e cittadini evidenze utili al miglioramento della qualità dell'assistenza al percorso nascita.

> Disporre di dati nazionali tempestivi e robusti durante la pandemia ha dato la misura dell'importanza della ricerca nella risposta a un evento epidemico e della necessità di disporre di una rete nazionale di professionisti sanitari in grado di segnalare gli eventi di interesse

Funk T, Pharris A, Spiteri G, et al. Characteristics of SARS-CoV-2 variants of concern B.1.1.7, B.1.351 or P.1: data from seven EU/EEA countries, weeks 38/2020 to 10/2021. *Euro Surveill*. 2021;26(16):2100348. doi:10.2807/1560-7917.ES.2021.26.16.2100348

Engjom H, Aabakke AJM, Klungsøyr K, et al. COVID-19 in pregnancy-characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital because of SARS-CoV-2 infection in the Nordic countries [published online ahead of print, 2021 Apr 22]. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;10.1111/aogs.14160

EpiCentro – Epidemiologia per la salute publica – Istituto Superiore di Sanità (ISS).L'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS). Interim Guidance "The use of COVID-19 vaccines in pregnant and lactating patients" – Aggiornato il 31 gennaio 2021. Disponibile online: https://www.epicentro.iss.it/vaccini/ pdf/ItOSS%20Vaccination%20against%20COVID19%20in%20pregnancy_feb.09.2021.pd

EpiCentro – Epidemiologia per la salute pubblica – Istituto Superiore di Sanità (ISS). L'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS). Interim Guidance "The use of COVID-19 vaccines in pregnant and lactating patients" – Aggiornato il 22 Settembre 2021. Disponibile online: https://www.epicentro.iss.it/vaccini/pdf/Aggiornamento%20indicazioni%20ISS%20su%20vaccino%20in%20grav_%20e%20allatt_2021.pdf.

Kadiwar S, Smith JJ, Ledot S, et al. Were pregnant women more affected by COVID-19 in the second wave of the pandemic?. *Lancet*. 2021;397(10284):1539-1540. doi:10.1016/S0140-6736(21)00716-9

Knight M; INOSS. The International Network of Obstetric Survey Systems (INOSS): benefits of multi-country studies of severe and uncommon maternal morbidities. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014;93(2):127-131. doi:10.1111/aogs.12316

Knight M, Bunch K, Vousden N, et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: national population based cohort study. BMJ. 2020;369:m2107. Published 2020 Jun 8. doi:10.1136/bmj.m2107

Maraschini A, Corsi E, Salvatore MA, Donati S; ItOSS COVID-19 Working Group. Coronavirus and birth in Italy: results of a national population-based cohort study. Ann Ist Super Sanita. 2020;56(3):378-389. doi:10.4415/ANN_20_03_17

Vousden N, Ramakrishnan R, Bunch K, et al. Impact of SARS-CoV-2 variant on the severity of maternal infection and perinatal outcomes: Data from the UK Obstetric Surveillance System national cohort. Preprint. *medRxiv*. 2021;2021.07.22.21261000. Published 2021 Jul 22. doi:https://doi.org/10.1101/2021.07.22.21261000

Villar J, Ariff S, Gunier RB, et al. Maternal and Neonatal Morbidity and Mortality Among Pregnant Women With and Without COVID-19 Infection: The INTERCOVID Multinational Cohort Study. JAMA Pediatr. 2021;175(8):817-826. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1050

Vousden N, Bunch K, Morris E, et al. The incidence, characteristics and outcomes of pregnant women hospitalized with symptomatic and asymptomatic SARS-CoV-2 infection in the UK from March to September 2020: A national cohort study using the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). PLoS One 2021;16(5):e0251123. doi:10.1371/journal.pone.0251123

Zambrano LD, Ellington S, Strid P, et al. Update: Characteristics of Symptomatic Women of Reproductive Age with Laboratory-Confirmed SARS-CoV-2 Infection by Pregnancy Status - United States, January 22-October 3, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(44):1641-1647. Published 2020 Nov 6. doi:10.15585/mmwr.mm6944e3

GYNECO AOGOI NUMERO 6 - 2021

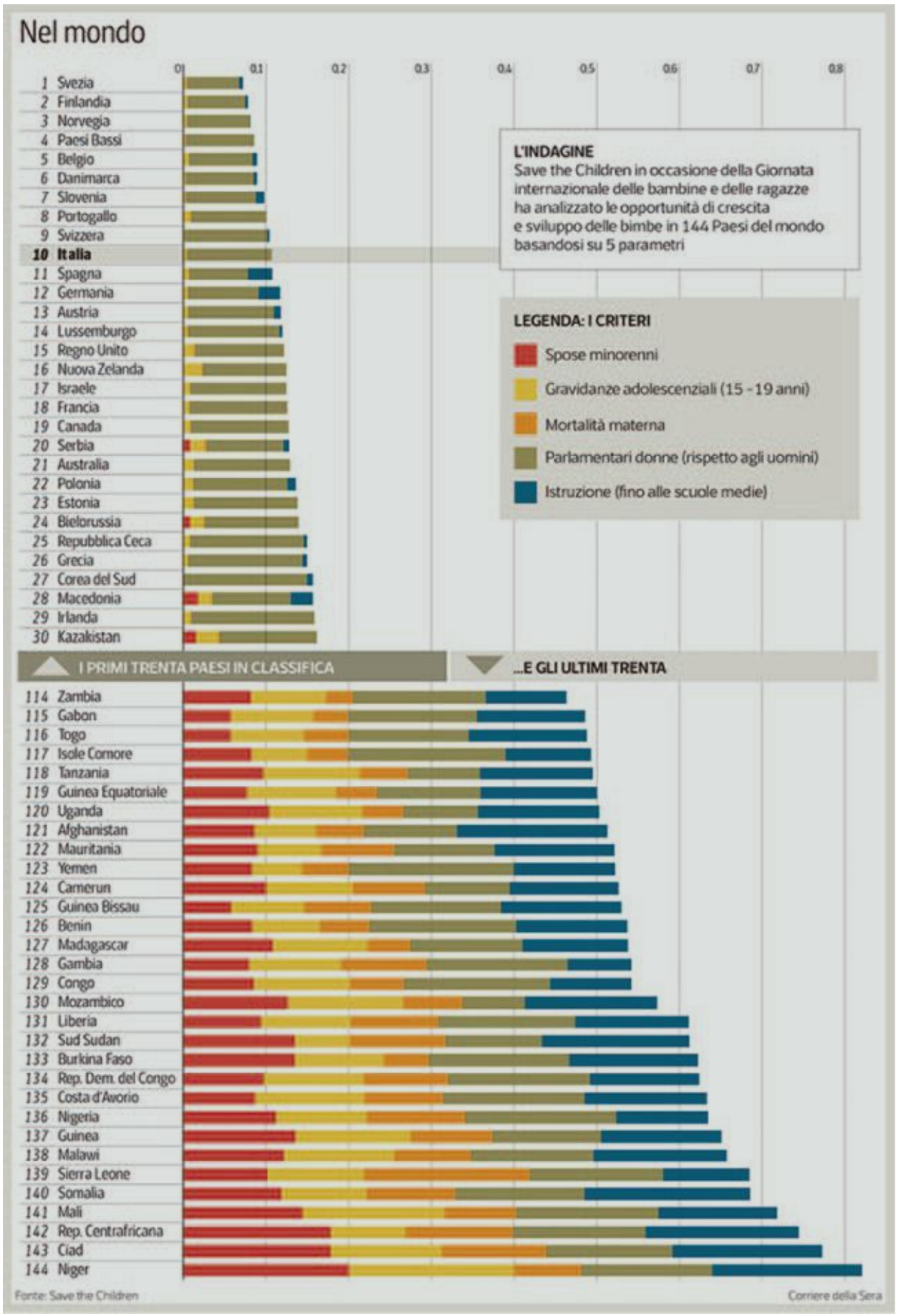
02

CONTRIBUTI

Nascere durante la crisi

È successo di tutto: il Covid, la crisi economica, la crisi politica, il lockdown, ecc. eppure si continua a nascere

ANTONIO RAGUSA
Presidente della Fondazione Confalonieri Ragonese



NÀSCERE. Con significato affine a sorgere, essere eretto o costruito, formarsi, costituirsi, avere inizio. Come vorreste che fosse il luogo ideale dove far nascere vostro figlio?

INTANTO, DOVE NASCERE?

The Economist e *Us News & World Report* hanno stilato una classifica delle 30 nazioni in cui è meglio nascere. Al primo posto si trova la Svizzera, seguita da Australia, Norvegia e Svezia, l'Italia si trova in ventiduesima posizione, seguita da Cipro, Giappone, Francia, Regno Unito, Repubblica Ceca e Spagna e infine Portogallo e Costa Rica.

POI, MEGLIO NASCERE FEMMINA O MASCHIO?

Non c'è sorte peggiore che nascere bambina in un Paese dell'Africa Sub-Sahariana: Niger, Ciad, Repubblica Centrafricana, Mali, Somalia, Sierra Leone, Malawi, Guinea, Nigeria, Costa d'Avorio e Repubblica Democratica del Congo, secondo il rapporto stilato da Save the Children per la Giornata internazionale delle bambine e delle ragazze, sono i posti peggiori per nascere femmina... L'Italia non si piazza male, se osservate il grafico noterete che conquista un dignitoso 10 posto, certo, si può migliorare...

E ANCORA, MEGLIO NASCERE RICCO O POVERO?

Nel mondo poco più di duemila persone possiedono una ricchezza superiore al patrimonio di 4,6 miliardi di esseri umani; mentre alla metà più povera della popolazione resta meno dell'1% della ricchezza globale. Questi i dati presentati da Oxfam, Confederazione internazionale di organizzazioni non profit. Purtroppo, non sembra più funzionare molto bene quello che era chiamato l'"ascensore sociale". Difficile riscattarsi oggi, se nasci ricco rimani ricco, se sei povero rimani tale. Più di quanto accadeva nel secolo appena passato, dove invece c'era qualche possibilità in più per i poveri...

MA, DA CHI NASCERE?

In "Era meglio nascere orfani", romanzo di Giuliana Indiani, l'autrice scrive: "Sono devastata dalla tristezza. i miei genitori sono dei mostri. E la cosa più grave è che io li ho sempre scambiati per brave persone...". Tutti conosciamo coppie che avrebbero fatto meglio a non riprodursi...

ULTIMO, MA NON ULTIMO, NASCERE SANI O MALATI? Con la sentenza n. 16123/06 la III sez. della Cassazione sancisce il principio in base al quale non esiste nel nostro ordinamento un diritto a "non nascere" o un diritto a "non nascere se non sano", in quanto l'esistenza di malformazioni o malattie del feto non comporta, per se, la possibilità di interrompere la gravidanza; in definitiva, se non esiste un diritto a nascere sano, per questo non può esistere un diritto al risarcimento del danno derivante da una nascita non sana, ove non imputabile al medico.

Certamente nascere malati e vivere degnamente, presuppone l'esistenza di un servizio di assistenza, che è possibile solo nei paesi occidentali, dove l'assistenza al malato, all'ultimo, al diverso è uno dei pochi, chiari e ineludibili segni di civiltà di un luogo.

Potrei continuare con altre domande essenziali, cui è difficile rispondere, per esempio quando nascere, ma lo spazio a mia disposizione si sta esaurendo, per cui concludo.

Credo che i lettori abbiano capito che non decidiamo le peculiarità più importanti rispetto alla nascita, ma al-

CONTRIBUTI

Non c'è sorte peggiore che nascere bambina in un Paese dell'Africa Sub-Sahariana: Niger, Ciad, Repubblica Centrafricana, Mali, Somalia, Sierra Leone, Malawi, Guinea, Nigeria, Costa d'Avorio e Repubblica Democratica del Congo, secondo il rapporto stilato da Save the Children per la Giornata internazionale delle bambine e delle ragazze, sono i posti peggiori per nascere femmina

meno la qualità dell'assistenza possiamo deciderla?
L'assistenza alla nascita, così come l'assistenza alla morte, sono i due fenomeni che maggiormente configurano la cultura del luogo in cui avvengono. Gli antropologi fanno risalire l'origine della civiltà al culto dei morti, credo che questo fatto sia basato su un equivoco importante: è certamente vero che il culto dei morti è una delle origini dell'aggregazione sociale; tuttavia, anche l'assistenza al parto ha condotto nei milioni di anni ha un tipo di aggregazione, di carattere squisitamente femminile, che ha a che fare persino con la verbalizzazione, con il nostro linguaggio (Lingua madre. Cure materne e origini del linguaggio. Dean Falk Ed. Bollati Boringhieri 2011), il nostro modo di comunicare insieme con altri.
Tuttavia, l'assistenza al parto non lascia reliquati. Il culto dei morti, come noto, lascia tombe, dolmen, piramidi e quant'altro, mentre l'assistenza al parto lascia solo una scia di gratitudine, nella migliore delle ipotesi. È difficile ricercare le origini dei culti che sono alla base dell'assistenza alla nascita, ma è improbabile che uno dei momenti più delicati, nell'ambito della lotta per la sopravvivenza e della prosecuzione della specie, quale quello della nascita, non sia stato soggetto a riti e procedure di tipo culturale, che ne hanno delineato nel tempo l'eccezionalità, rispetto al mondo animale circostante (*Mechanism of birth in chimpanzees: humans are not unique among primates. S Hirata Rt al Biol. Lett. 23 October 2011 vol. 7 no. 5 686-688)*. In effetti l'unica prerogativa che sembra squisitamente umana e che non si ritrova, almeno sistematicamente, episodi sporadici di assistenza al parto sono possibili nel mondo animale, in nessun altro essere vivente e il cosiddetto "Obligate Midwifery" (*Human birth: an evolutionary perspective. Wenda Trevathan Ed. Aldine De Gruyter, 1987*). Esiste una pressoché universale necessità delle donne di essere assistite al parto. Gli esseri umani sono gli unici esseri viventi che si fanno assistere da qualcuno durante il parto, questo non succede, se non molto raramente, neanche per le scimmie antropomorfe, che dal punto di vista filogenetico sono estremamente vicine a noi.

RIPETIAMO LA DOMANDA: COME VORRESTE CHE FOSSE IL LUOGO IDEALE DOVE FAR NASCERE VOSTRO FIGLIO?

Noi esseri umani siamo perfettamente consapevoli che qualsiasi cosa accada a una donna, sia ella l'erede al trono di un'importante dinastia europea o l'ultima immigrata, appena sbarcata da un gommone repleto di clandestini, proveniente dal regno dell'angoscia e della povertà, la nascita di suo figlio sarà l'evento più importante della sua intera vita. Per questo si può dire che chi aiuta i bambini a nascere non è un professionista della salute come un altro, a lui spetta il compito di vigilare affinché questo evento non sia ridotto alla mera "produzione" di un bambino sano, un evento meccanicistico nel senso più triste del termine, la nascita deve essere una esperienza globale e indimenticabile, un'esperienza da cui trarre profitto per instaurare un rapporto che andrà oltre la vita, alla morte dei genitori il lascito più importante, quello che veramente resta è l'esempio, unito all'educazione ricevuta. Per questo dal punto di vista strutturale si deve creare l'ambiente ideale per neonati e anche per i neogenitori, fornendo il necessario per rendere sereno e sicuro il percorso dalla gravidanza al parto fino alle prime delicate fasi della crescita del bimbo. I posti letto in ostetricia dovrebbero poter essere ripartiti in camere dotate di servizi igienici e stanze singole, le camere dovrebbero essere attrezzate per la sistemazione del bimbo nel lettino accanto alla madre e molto altro, per rendere l'ambiente confortevole e sano, la sala parto dovrebbe essere un luogo felice.
Compito degli amministratori e degli operatori della sanità è rendere l'esperienza del parto un evento che segni in modo positivo questo nuovo rapporto che sorge. In una nazione a crescita sottozero quale la nostra l'effetto che le esperienze traumatiche o al contrario, quelle positive hanno sulla futura fertilità è importantissimo.
Dobbiamo sforzarci di rendere migliore l'ambiente della nascita. Per questo non si può prescindere dall'educazione dei medici e delle ostetriche. Perché ambiente non è solo il luogo, ma anche chi assiste. Educare significa modificare in meglio l'ambiente in cui si opera.
Si deve tener conto del significato etimologico completo della parola "ambiente", per ambiente s'intende sia il luogo fisico, che le persone presenti in un dato luogo, fornire alle donne che partoriscono all'interno delle sale parto un ambiente adeguato a loro, significa modificare sia l'ambiente materiale sia quello assistenziale. Vi sono lavori interessanti, che delineano le potenzialità in termini di riduzione dell'operatività, di riduzione dei tempi del travaglio e di utilizzo di parto analgesia, che sono insite in un luogo accogliente e in grado di mettere a proprio agio la partoriente (*The effect of colour and design in labour and deliver: A scientific approach. Jane Duncan Optics and Laser Technology 43 2011 420-24*). Abbiamo bisogno di tornare ad insegnare, a educare, abbiamo bisogno degli Ospedali di insegnamento, di cui si parla da anni, ma non si riesce a elevarli da mere ipotesi a dati di fatto concreti, abbiamo bisogno di insegnare e imparare al letto del malato (così si chiamava allora) "con il malato e la sua famiglia", come diceva Giuseppe Moscati che, nonostante fosse uno scienziato, non vedeva contraddizioni tra scienza e fede. Diceva Moscati: "Non la scienza, ma la carità ha trasformato il mondo, in alcuni periodi; e solo pochissimi uomini son passati alla storia per la scienza; ma tutti potranno rimanere imperituri, simbolo dell'eternità della vita, in cui la morte non è che una tappa, una metamorfosi per un più alto ascenso, se si dedicheranno al bene."
In definitiva, il luogo in cui vorremmo che nascesse nostro figlio/a deve essere il luogo migliore del mondo e noi possiamo contribuire a edificarlo.

In definitiva, il luogo in cui vorremmo che nascesse nostro figlio/a deve essere il luogo migliore del mondo e noi possiamo contribuire a edificarlo

Dobbiamo sforzarci di rendere migliore l'ambiente della nascita. Per questo non si può prescindere dall'educazione dei medici e delle ostetriche. Perché ambiente non è solo il luogo, ma anche chi assiste

03 CONTRIBUTI

Prevenzione, vaccinazione anti-Hpv e Covid-19

La credenza che le malattie — in particolare i tumori — colpiscano prevalentemente "gli altri" è un fenomeno diffuso da sempre nella popolazione. Questo riduce la percezione di minaccia della malattia e induce a non mettere in atto i comportamenti di prevenzione.
Nel nostro Paese la medicina preventiva è stata messa a dura prova dalla pandemia da Covid-19. Parlare di prevenzione non è mai stato così difficile come in questo ultimo anno e mezzo

CARLO MARIA STIGLIANO
Segretario Nazionale Aogoi

I MEDIA DIFFONDONO bollettini quotidiani sul numero di contagi, sul numero di ricoveri, di occupazione delle terapie intensive e di decessi per Covid-19. Questa pandemia è al centro dei pensieri e delle discussioni di tutti, mentre sembra svanita la percezione del rischio di tutte le altre patologie prevenibili con la vaccinazione (prevenzione primaria) o con la prevenzione secondaria (screening e diagnosi precoce). Le patologie "non Covid" non sono tuttavia scomparse per il fatto che non se ne parla più, anzi, si attende un loro aumento nei prossimi anni se non si interviene recuperando il tempo perso nella prevenzione e la diagnosi precoce. La convivenza con il Covid significa anche mantenere alta la guardia per prevenire e curare le altre patologie.
La pandemia da Covid-19 ha messo a dura prova i percorsi di prevenzione in quanto essa è stata percepita come impellente minaccia per la salute e richiedente la priorità assoluta, a scapito delle altre prestazioni sanitarie differibili. Tra gli strumenti di prevenzione, una tra le maggiori opportunità è rappresentata dai vaccini. I vaccini sono tra le più grandi conquiste della medicina ed hanno permesso di debellare malattie gravi o mortali, come il vaiolo o la polio, eppure si assiste ad una diminuita sensibilità verso questa formidabile arma di lotta a malattie molto gravi e contagiose. La prevenzione del carcinoma cervicale in Italia ha subito un duplice stop: a livello di *screening* (calo degli inviti e della propensione ai controlli) e a livello di adesione alla vaccinazione anti-Hpv. All'inizio della pandemia il calo dell'adesione era dovuto principalmente ad una percezione molto alta del rischio di ammalarsi di Covid, rinforzata dalle misure necessarie per arginare la diffusione del contagio (distanziamento sociale, *lockdown* e restrizioni). Successivamente, l'introduzione del vaccino anti- Covid ha da una parte aumentato la diffidenza verso i vaccini da parte dei soggetti già esitanti in generale, mentre nei soggetti propensi alla vaccinazione sono sorti dubbi sulle eventuali interazioni tra vaccini e ovviamente si è avuta la tendenza a dare la precedenza al vaccino anti-Covid. Su questo aspetto gli operatori sanitari possono e devono dare informazioni chiare e rassicuranti.

L'OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING (ONS) ha pubblicato un rapporto dettagliato sui primi otto mesi del 2020. Rispetto allo stesso periodo del 2019 c'è stato un calo sia degli inviti sia della propensione ad accettarli e a sottoporsi ai controlli. In particolare, si registra una riduzione del 40 % negli inviti, con punte del 59 % in alcune regioni, e un calo del 17 % della propensione alla partecipazione. Complessivamente, si stimano 540mila controlli in meno e circa 2.400 mancate diagnosi di lesioni precancerose, soprattutto CIN2/3. Con grandi variabilità regionali, nella seconda metà del 2020 (a fine *lockdown*), molti servizi sono ripresi e il ritardo è andato via via assottigliandosi. Prima della pandemia, l'Oms si era prefissa l'obiettivo di raggiugere il 90% del tasso di vaccinati contro l'Hpv entro il 2030, con una riduzione dell'incidenza di carcinoma cervicale del 42% entro il 2045. Purtroppo la pandemia rischia di compromettere il raggiungimento di questo ambizioso obiettivo.
I dati dell'Ons dimostrano che il numero e la percentuale di persone invitate/contattate nel 2020 rispetto allo stesso periodo del 2019 sono in diminuzione. I valori sono stati distinti per Regione e per 3 periodi temporali: gennaio-maggio, giugno/settembre, e il complessivo gennaio-settembre. In sostanza nei primi 9 mesi si osserva una riduzione rispetto all'anno precedente di più di un milione di inviti (1.162.842) pari ad una diminuzione percentuale del 40,5%. Esiste naturalmente una grande variabilità fra le Regioni, con diminuzioni che arrivano fino al 59%. Non emergono sostanziali differenze nei primi due periodi (-41,3% nei primi 5 mesi e -39,5% nel successivo periodo). Solo 4 Regioni (Pa Bolzano, Molise, Calabria e Sardegna) nel secondo periodo hanno parzialmente recuperato il ritardo. Il rapporto fra le percentuali di diminuzione delle invitate e degli esami fatti fra il 2020 e il 2019 ci conferma il trend negativo. Questo significa che, rispetto al 2019, nel 2020 la propensione alla partecipazione si è ridotta relativamente del 17%. Un aspetto certamente preoccupante è costituito dal confronto tra il 2020 e il 2019: vi è stato un rilevante ritardo diagnostico, in termini di numero di casi diagnosticati (lesioni CIN2+), in meno sulla base degli esami effettuati e dei tassi di identificazione attesi relativi all'anno 2017: numero di esami in meno gennaio-settembre -540.705; lesioni CIN2+ diagnosticate in meno (stima in numero assoluto): -2.383 I dati riportati testimoniano dei ritardi che si stanno accumulando nei programmi di screening oncologico in seguito all'epidemia di Covid-19.
Per quanto riguarda lo screening cervicale bisogna considerare inoltre che, a causa del passag-

gio al test Hpv primario, in alcune Regioni gli inviti e gli esami attesi per il 2020 erano minori.
L'evidenza principale che emerge è che nella seconda parte dell'anno 2020 non vi è stato un recupero sostanziale rispetto al ritardo accumulato precedentemente, ma anzi il ritardo si è accentuato.
Il ritardo nella diagnosi di lesioni ad alto rischio comporterà il pericolo che in futuro ci troveremo un numero più rilevate di casi avanzati e quindi con un esito meno favorevole.

PER QUANTO RIGUARDA LA VACCINAZIONE ANTI-HPV, PRIMA DELLA PANDEMIA, l'Oms si era prefissa l'obiettivo di raggiugere il 90% del tasso di vaccinati contro l'Hpv entro il 2030, con una riduzione dell'incidenza di carcinoma cervicale del 42% entro il 2045.
In Italia il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale aveva fissato come obiettivo di raggiungere il 95% nel dodicesimo anno di vita (maschi e femmine) per il 2019. Purtroppo la pandemia ha impedito il raggiungimento di questo già ambizioso obiettivo.
Infatti i dati sulle coperture vaccinali per l'Hpv 2020 sono purtroppo negativi. Nel report del ministero della Salute/Iss la copertura per ciclo completo per le ragazze undicenni (coorte 2008 nel 2020) mostra una diminuzione di oltre l'11% rispetto alle coperture per il ciclo completo delle undicenni dell'anno precedente, con un valore del 30,32% nel 2020 rispetto al 41,60% nel 2019 (coorte 2007, undicenni al momento della rilevazione). La copertura per ciclo completo nella coorte delle quindicenni (coorte 2004 nel 2020, utilizzata dall'Oms come riferimento nelle sue statistiche) è del 63,84% anche questa in diminuzione rispetto all'anno ciclo completo per la coorte degli undicenni.
Nei maschi la copertura vaccinale media per Hpv è del 24,17% nel 2020 rispetto al 32,25% del 2019.
La copertura per ciclo completo nella coorte delle quindicenni (coorte 2004 nel 2020, utilizzata dall'Oms come riferimento nelle sue statistiche) è del 63,84% anche questa in diminuzione rispetto all'anno precedente (70,35%).
In generale appare evidente che le coperture vaccinali per l'Hpv si mantengono sostanzialmente basse e che la pandemia da Covid-19 ha ulteriormente penalizzato questa importante iniziativa di prevenzione.

UNO DEGLI ASPETTI CARATTERISTICI DI QUESTA DIFFICOLTÀ NELLA DIFFUSIONE DELLE VACCINAZIONE È L'ESITAZIONE VACCINALE che è stata definita dall'Oms tra le prime 10 minacce per la salute globale. Il termine "*esitazione vaccinale*" è una traduzione dall'inglese di "*vaccine hesitancy*", recentemente definita dal Gruppo Strategico di Esperti per le Vaccinazioni (Sage) dell'Oms come il ritardo o il rifiuto di adesione all'offerta di vaccinazione, nonostante la disponibilità di servizi.
Lo scetticismo nei confronti delle vaccinazioni è un fenomeno che esiste fin dall'epoca del primo vaccino; tuttavia ai nostri giorni è certamente sostenuto e amplificato dalla facilità con cui chiunque può reperire informazioni contrastanti su internet e anche da molte altre motivazioni che spesso non hanno niente a che vedere con i vaccini.
Riconoscendo la rilevanza che questo fenomeno ha nel raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati, lo *Strategic Advisory Group of Experts (Sage) on Immunization* dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), nel 2012, ha creato un gruppo di lavoro specifico sul tema, guidato da un Segretariato congiunto Oms/Unicef. Il materiale prodotto è raccolto e pubblicato, ad agosto 2015, su un numero monografico della rivista "Vaccine" dedicato interamente all'esitazione vaccinale e intitolato "*Who Recommendations Regarding Vaccine Hesitancy*". L'esitazione vaccinale è caratterizzata da dubbi e timori che possono portare a ritardi o al rifiuto totale.
Un buon counselling e una relazione terapeutica basata sulla fiducia, entrambi mirati alla rassicurazione, possono far guadagnare tempo prezioso.
L'esitazione vaccinale può essere generica (rifiuto di tutti i vaccini) o specifica per un determinato vaccino, ad esempio per un vaccino di recente introduzione.
Le determinanti specifiche di esitazione per il vaccino anti-Hpv possono essere riconducibili a varie motivazioni:

- la vaccinazione non esime in ogni caso dallo screening e questo può essere percepito come una mancanza di efficacia;
- il vaccino è opzionale e la forza della raccomandazione non è percepita, quanto meno c'è la tendenza a rimandare e a dare la precedenza ad altri vaccini obbligatori;
- non viene percepita dal personale sanitario come fondamentale specialmente riguardo ai maschi;
- trattandosi di ragazzi in così giovane età, non sempre i genitori sono consapevoli dell'importanza di una vaccinazione verso patologie relative alla sessualità futura.

Inoltre circolano molte *fake news* sulla sicurezza e su eventi avversi per i quali non è stata tuttavia dimostrata alcuna correlazione con il vaccino.
In Italia, secondo i dati più recenti diffusi dal Ministero della Salute, solamente il 60% delle ragazze che rientrano nel target primario del programma di immunizzazione risulta protetto contro i tumori Hpv-correlati e soltanto una donna su due ha eseguito il Pap-test o l'Hpv-Dna test, aderendo ai programmi di screening organizzato nelle diverse Regioni.
In generale molti fattori risultano condizionanti nei riguardi del programma di vaccinazione particolarmente nei riguardi di una patologia sessualmente trasmissibile: la comunicazione ed il fondamentale ruolo dei social media, la posizione dei leader o degli influencer nei confronti del programma di immunizzazione, le *lobbies* anti e pro vaccini, esperienze personali, familiari o di conoscenti riguardo ad effetti del vaccino, credenze, atteggiamenti personali verso la prevenzione e la salute. Fondamentale in tale contesto è la forza della raccomandazione e le conoscenze dei professionisti della salute e il loro atteggiamento nei confronti della scelta vaccinale.
Naturalmente l'impatto della pandemia sull'esitazione vaccinale è stato determinante.
Durante il periodo dell'emergenza determinata dall'infezione da Covid-19 le attività vaccinali in generale sono diminuite in Italia del 96,9% e proprio quella contro l'Hpv ha subito il calo maggiore. L'esitazione vaccinale è ulteriormente aumentata a seguito dell'introduzione dei vaccini anti-Covid che hanno avuto, e tuttora hanno, una notevole risonanza mediatica. La vulnerabilità al Covid è percepita come più elevata e la malattia è percepita come più minacciosa, non essendoci cure specifiche, mentre per Hpv esiste la possibilità di fare screening e tenere sotto controllo una possibile evoluzione infausta. Inoltre molti genitori, dovendo vaccinare i figli con il vaccino anti-Covid per andare a scuola, temono eventuali interazioni e preferiscono dare la priorità al vaccino anti-Covid. A tale proposito è bene fare chiarezza anche tra il personale sanitario e rassicurare quindi su questo aspetto: gli studi sui vaccini anti Covid-19 non hanno fino ad ora dimostrato particolari interazioni o interferenze con altre vaccinazioni. Un recente documento del 14 maggio del Cdc (Usa) non ha previsto controindicazioni alla somministrazione contemporanea con altri vaccini.
Tuttavia in Italia, attualmente, viene precauzionalmente consigliato un intervallo di due settimane tra la vaccinazione contro il Covid-19 e le altre vaccinazioni e ciò al fine di avere maggiore certezza di efficacia.
Purtroppo anche il personale sanitario non è esente da esitazione vaccinale e questo viene inevitabilmente trasmesso ai pazienti.
Questo può accadere perché l'interazione medico-paziente è bidirezionale; pertanto, così come i pazienti possono essere influenzati dal parere negativo dei loro curanti, così i medici possono essere influenzati dai racconti dei loro pazienti.
Sostanzialmente è un cane che si morde la coda.
La Ebm si basa su ampie casistiche proprio per evitare *bias* di valutazione dovuti all'impatto emotivo del singolo racconto.
L'esitazione vaccinale rallenta i programmi di immunizzazione di massa ed è quindi doveroso contrastarla, anche se richiede risorse per la persuasione.
Perché contrastare l'esitazione vaccinale?
Le persone che esitano nell'adesione vaccinale si possono recuperare, almeno in parte, con un'adeguata informazione e un ascolto empatico.
L'ignoranza (mancanza di conoscenza) genera paura e diffidenza, allo stesso modo dei messaggi contraddittori che talvolta circolano anche a causa di una certa disattenzione da parte di media, Istituzioni e degli stessi medici. I professionisti giocano un ruolo chiave anche attraverso la comunicazione con i genitori.

UNO DEI NODI PRINCIPALI DELLA COMUNICAZIONE SUL VACCINO ANTI-HPV RIGUARDA LA NECESSITÀ DI AFFRONTARE L'ARGOMENTO SESSUALITÀ.
Le madri delle ragazze spesso non accettano l'dea che le loro figlie possano avere rapporti sessuali in età molto giovane e temono lo stigma legato al vaccino, mentre le madri dei ragazzi non recepiscono il significato dell'immunità di gregge e della vaccinazione universale.
La diffusione di un'informazione corretta a genitori e ragazzi sui rischi del Papillomavirus deve essere condotta in modo sinergico da pediatri, Mmg, ginecologi, igienisti e da tutto il personale del contesto. La Prevenzione non va intesa come un costo per l'Organizzazione sanitaria bensì come un investimento i cui dividendi saranno percepiti dalle generazioni future in termini di maggior salute e di miglior qualità di vita nella possibilità di riuscire a debellare in maniera auspicabilmente definitiva gravi malattie che oggi affliggono l'umanità: e in tal senso bisogna sottolineare che la vaccinazione anti-Hpv è una vaccinazione contro un cancro!

> È bene fare chiarezza anche tra il personale sanitario e rassicurare quindi su questo aspetto: gli studi sui vaccini anti Covid-19 non hanno fino ad ora dimostrato particolari interazioni o interferenze con altre vaccinazioni. Un recente documento del 14 maggio del Cdc (Usa) non ha previsto controindicazioni alla somministrazione contemporanea con altri vaccini

ATTIVITÀ VACCINALE

-96,9%

Diminuzione in Italia durante emergenza Covid

SCREENING

-540.000

Controlli in meno

-2.400

Mancate diagnosi di lesioni precancerose

> Durante il periodo dell'emergenza determinata dall'infezione da Covid-19 le attività vaccinali in generale sono diminuite in Italia del 96,9% e proprio quella contro l'Hpv ha subito il calo maggiore

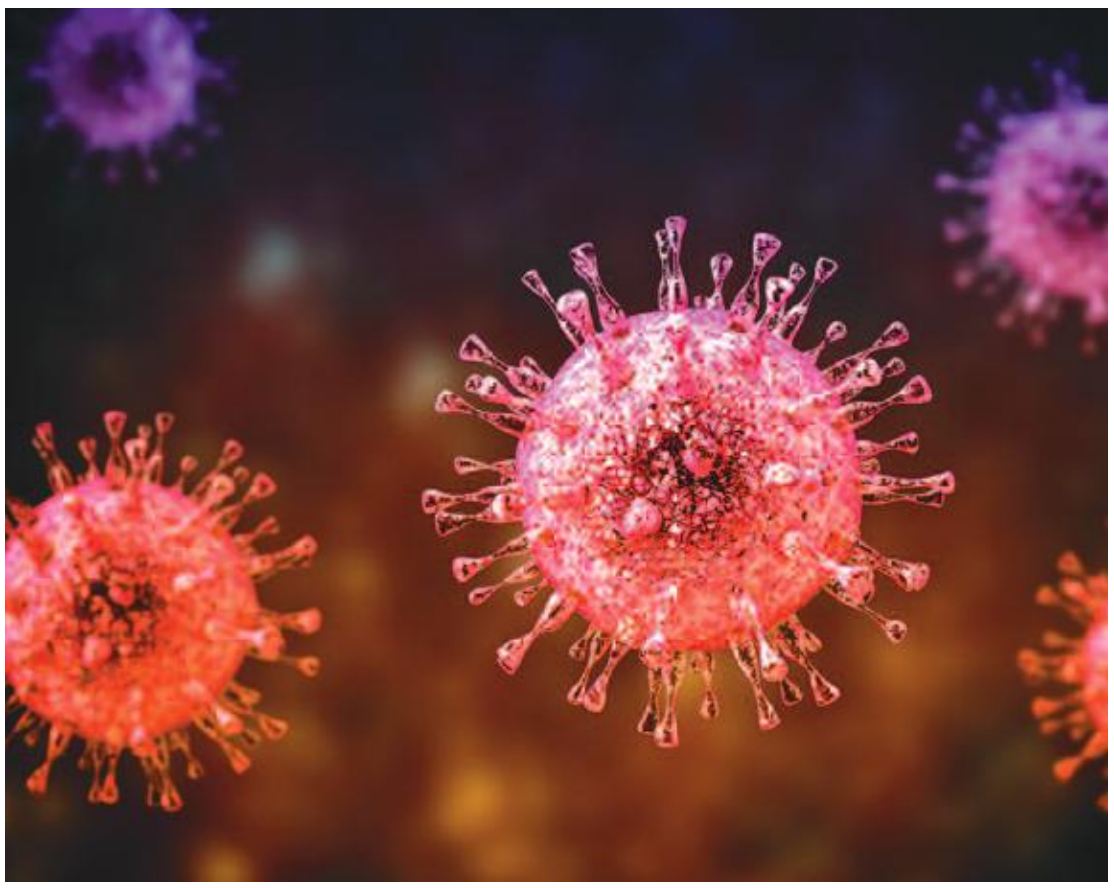
GYNECO AOGOI NUMERO 6 - 2021

04

CONTRIBUTI

Protocolli comportamentali nelle infezioni in gravidanza

Le infezioni in gravidanza rappresentano una sfida medica complessa ed unica nel suo genere, in quanto il loro management deve tener conto sia della salute materna che di quella fetale. La consulenza perinatale è ardua e richiede una attenta valutazione dei rischi di trasmissione materno-fetali, degli interventi per prevenire la trasmissione in utero, della diagnosi di infezione nel feto o neonato e, infine, della gestione postnatale del neonato



MOLTE INFEZIONI congenite sono asintomatiche alla nascita, ma alcune possono essere associate a significative sequele a lungo termine. Alcune infezioni congenite possono essere prevenute con successo, a condizione che strategie adeguate siano attuate in modo tempestivo. Consideriamo le principali infezioni che oggi si possono riscontrare in corso di gravidanza.

CYTOMEGALOVIRUS

Il Cytomegalovirus (Cmv) è la principale causa di infezioni congenite, con una prevalenza alla nascita di circa 0,64 – 0,7 %. Lo screening di routine per l'infezione da Cmv durante la gravidanza, universale o mirato, non è raccomandato. Non vi è un trattamento efficace in gravidanza; lo studio multicentrico randomizzato in doppio cieco CHIP effettuato in gravide con infezione primaria da Cmv contratta dalle 6 alle 26 settimane di amenorrea ha dimostrato che il trattamento con IgG iperimmuni non ha modificato significativamente il decorso dell'infezione primaria da Cmv durante la gravidanza. Le linee guida della Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) raccomandano per il management del Cmv in gravidanza:

1. **CHE LE DONNE** con una diagnosi di infezione primaria da Cmv in gravidanza siano informate che il rischio di infezione congenita è in media del 30-50% e che la gravità dell'infezione varia ampiamente (Best Practice);
2. **PER LE DONNE** con sospetto di avere un'infezione primaria da Cmv in gravidanza, raccomandiamo che la diagnosi deve essere fatta per sieroconversione IgG oppure con Cmv IgM positive, IgG positive e avidità IgG bassa (grado 1B);
3. **L'AMNIOCENTESI** è il migliore strumento diagnostico prenatale per rilevare l'infezione da Cmv congenita fetale, eseguita oltre le 21 settimane di gestazione e oltre le 6 settimane dall'infezione materna (grado 1C);
4. **NON RACCOMANDIAMO** lo screening di routine di tutte le donne in gravidanza per l'evidenza di infezione primaria da Cmv in questo momento (grado 1B);
5. **NON RACCOMANDIAMO** il trattamento prenatale con ganciclovir o valaciclovir; e raccomandiamo che qualsiasi terapia prenatale, sia con antivirali che con IgG iperimmuni, dovrebbe essere offerta solo come parte di un protocollo di ricerca (Best Practice).

SARS-COVID 19

I dati epidemiologici e gli studi scientifici evidenziano chiaramente che l'infezione da Covid-19 in gravidanza influisce sia sull'andamento dell'infezione da Covid sia sugli outcomes materno-fetali della gravidanza stessa. La gravidanza è un fattore di rischio significativo per ospedalizzazione e malattia grave da Covid-19, con un rischio più che raddoppiato di ricovero in terapia intensiva e di ventilazione invasiva per le donne gravide con Covid-19 rispetto alle donne infette in età fertile. Le donne con infezione da Covid-19 in gravidanza sono a maggior rischio di sviluppare gravi patologie della gravidanza quali preeclampsia, eclampsia e sindrome Hellp con conseguente aumento di ricoveri e dell'incidenza di parti pretermine e di tagli cesarei per alterazioni del benessere materno e/o fetale. I rischi di gravi complicanze neonatali, compresa la permanenza in Tin per più di sette giorni, sembrano essere maggiori nei neonati da donne con infezione da Covid-19. La trasmissione verticale del virus sembra avvenire principalmente attraverso l'esposizione postnatale (70,5%) anche se circa il 5,7% potrebbe essere congenita (Position paper Sigo-Aogoi-Agui-Agite).
Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, le donne con pregresse comorbidità (es. ipertensione), le donne con obesità e le donne di cittadinanza non italiana hanno un rischio significativamente maggiore di sviluppare una polmonite da Covid-19.
Non c'è al momento evidenza di un aumentato rischio di aborto, della natimortalità o della morte neonatale in relazione all'infezione materna da Covid-19. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso di natimortalità rilevato in Lombardia (che ha segnalato il 53% dei casi) non presenta differenze con quello rilevato negli stessi mesi del 2019.
Le gravidanze delle donne con infezione da Sars-CoV-2 sembrano essere associate a una maggiore frequenza di parto pretermine. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso medio di parto pretermine è stato pari al 14,4%. Complessivamente la maggioranza dei parti pretermine (7,7%) è dovuta a cause iatrogene, il 3,5% alla rottura prematura delle membrane e il 3,2% ad insorgenza spontanea.
Il trattamento di medicina generale per il Covid-19 è principalmente di supporto ed è simile nelle pazienti gravide e non gravide. Nessuno degli studi randomizzati ha riportato risultati specifici per le donne in gravidanza. Per tale motivo la vaccinazione deve essere considerata lo strumento centrale per proteggere le donne e di conseguenza i neonati dall'infezione da Sars-Covid-19.
Il vaccino deve essere offerto a tutte le donne durante la gravidanza. Il personale sanitario è tenuto a illustrare nella maniera più chiara possibile il rapporto tra rischi e benefici, così da permettere a ogni donna di prendere la decisione più appropriata per il proprio caso. I sanitari devono raccomandare la vaccinazione dei conviventi per limitare ulteriormente il rischio di contagio delle donne in gravidanza e durante l'allattamento.

ROSOLIA

La rosolia è una malattia virale lieve che si manifesta tipicamente durante l'infanzia. La rosolia attraversa facilmente la placenta delle donne gravide infette; nel primo trimestre, la rosolia provoca aborto spontaneo o morte fetale, oppure potrebbe svilupparsi la sindrome da rosolia congenita (CRS). L'incidenza della rosolia è notevolmente diminuita nel nostro paese grazie alla campagna di vaccinazione; tuttavia, la rosolia non è scomparsa del tutto ed è una fonte significativa di disabilità.
La gestione dell'infezione da rosolia dipende dall'età gestazionale all'inizio dell'infezione.
INFEZIONE PRIMA DELLE 18 SETTIMANE: il feto è ad alto rischio di infezione e sintomi gravi. L'interruzione della gravidanza potrebbe essere discussa e accettata, in particolare se l'infezione si è presentata prima delle 12 settimane. Si raccomanda un esame ecografico dettagliato e una

GIUSEPPE ETTORE
Direttore Uoc Ginecologia e Ostetricia Arnas Garibaldi, Catania

FERDINANDO GULINO
Uoc Ginecologia e Ostetricia Arnas Garibaldi, Catania

CARLA ETTORE
Uoc Ginecologia e Ostetricia Arnas Garibaldi, Catania

valutazione dell'Rna virale nel liquido amniotico, in particolare per le infezioni che si verificano tra 12 e 18 settimane. Se non viene eseguita una diagnosi prenatale, è necessario eseguire un esame pediatrico specifico nei neonati, compreso il test per la valutazione delle Rubeo-IgM.

INFEZIONE DOPO LE 18 SETTIMANE: la gravidanza potrebbe essere continuata con ecografie ostetriche di secondo livello seriate. Si raccomanda uno specifico esame pediatrico del neonato e il test per la valutazione delle Rubeo-IgM.

TOXOPLASMOSI

L'infezione da Toxoplasma Gondii acquisita dalle donne durante la gravidanza e la sua trasmissione al feto continua ad essere la causa di una patologia severa ma prevenibile. Il passaggio transplacentare avviene nel 15% dei casi se l'infezione viene contratta nel 1° trimestre, nel 30% e 60%, se viene contratta rispettivamente nel 2° e 3° trimestre. Il rischio di lesione feto-neonatale è maggiore se la sieroconversione avviene tra 14 e 30 settimane di amenorrea, è minore se la sieroconversione avviene prima di 12 settimane o dopo 30 settimane. L'amplificazione del Dna di T. gondii nel liquido amniotico a 18 settimane di gestazione (il momento ottimale), o successivamente, è stata utilizzata con successo per la diagnosi prenatale della toxoplasmosi congenita. L'esame del liquido amniotico mediante Pcr dovrebbe essere preso in considerazione per le donne in gravidanza (senza controindicazione alla procedura) che:

1. **HANNO RISULTATI** dei test sierologici diagnostici altamente indicativi di un'infezione acquisita durante la gestazione o poco prima del concepimento;
2. **HANNO EVIDENZA** di danno fetale mediante esame ecografico (ad es. ventricolomegalia o calcificazioni epatiche o cerebrali);
3. **SONO SIGNIFICATIVAMENTE** immunodepressi e quindi a rischio di riattivazione della loro infezione latente (ad eccezione delle donne con Aids). L'amniocentesi può essere meno consigliabile per i pazienti coinfettati con T. gondii e Hiv, a causa del rischio di infettare il feto con l'Hiv durante l'amniocentesi.

L'ecografia è raccomandata per le donne con infezione acuta (sospetta o diagnosticata) acquisita durante la gravidanza o poco prima. L'ecografia può rivelare la presenza di anomalie fetali, tra cui idrocefalo, calcificazioni cerebrali o epatiche, splenomegalia e ascite.

Il monitoraggio clinico e il trattamento della toxoplasmosi dipendono dall'epoca gestazionale di sieroconversione:

- **INFEZIONE MATERNA** periconcezionale o acquisita nelle prime 18 settimane di epoca gestazionale:
  SPIRAMICINA *(1 g per 3/die fino al parto)*
- **INFEZIONE MATERNA** acquisita dopo 18 settimane di epoca gestazionale (o se Pcr positiva su liquido amniotico):
  SULFADIAZINA *(1g ogni 8 ore)*
  PIRIMETAMINA *(50 mg il 1° giorno, poi 25 mg/die)*
  ACIDO FOLICO *(2 cpr al die per tutto il trattamento e per una settimana dopo la fine)*

PARVOVIRUS B 19

L'infezione da parvovirus umano hPV B19 è l'agentevirale più comune associato a eruzioni cutanee nei bambini in età scolare.

L'infezione da hPV B19 durante la gravidanza è per lo più asintomatico per la madre e non provoca danni al feto. Tuttavia, nelle donne in gravidanza immuno compromesse o affette da preesistenti condizioni ematologiche, o feti infetti dove c'è un'infiammazione tissutale diffusa, può determinare mortalità o grave morbilità. Le linee guida sulla gravidanza fisiologica (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità e CeVEAS), non prendono in considerazione l'esecuzione delle indagini di screening in epoca preconcezionale o in gravidanza. Tuttavia esistono situazioni a rischio in cui può essere indicata l'esecuzione dell'indagine sulla madre al fine di permettere una gestione consapevole della gravidanza complicata dall'infezione, quali:

- **ANOMALIE** ecografiche suggestive di infezione fetale
- **CONTATTI** stretti con individui infetti
- **SEGNI/SINTOMI** suggestivi di malattia materna.

La diagnosi avviene principalmente attraverso sierologia e Pcr. La sorveglianza richiede l'ecografia sequenziale e lo screening Doppler per segni di anemia fetale, insufficienza cardiaca e idrope.

Non sono disponibili terapie antivirali o vaccini specifici per infezione da hPV B19. L'idrope fetale da B19 può risolversi spontaneamente o portare a morte fetale. La procedura di trasfusione fetale intrauterina, ha dimostrato la possibilità di outcome favorevole e prevenzione della morte fetale. In caso di severa anemia fetale dopo la 18ª settimana di gestazione, può essere presa in considerazione l'opportunità di praticare tale procedura, presso centri di riferimento con adeguata esperienza e training degli operatori.

Il cardine della terapia fetale è il parto. Tuttavia, anche se il feto è vitale, se il grado di idrope è grave e vi sono preoccupazioni per la rianimazione e la ventilazione neonatali, il ritardo del parto e la terapia fetale possono essere ancora più appropriati.

> Il monitoraggio clinico e il trattamento della toxoplasmosi dipendono dall'epoca gestazionale di sieroconversione

> Non sono disponibili terapie antivirali o vaccini specifici per infezione da hPV B19. L'idrope fetale da B19 può risolversi spontaneamente o portare a morte fetale

05

Le complicanze emorragiche legate alla gravidanza sono sempre state oggetto di studio e grande attenzione perché hanno rappresentato la causa principale di mortalità materna (1-2). Tra le cause di morte materna l'Emorragia post partum (Epp) è la più contenibile e quasi azzerabile se si dispone di una organizzazione sanitaria ed un team work di sala parto ben coordinato, addestrato e formato (3).
Per questo motivo tutte le società scientifiche ostetriche hanno elaborato linee guida e raccomandazioni per supportare gli operatori di sala parto e ridurre la mortalità materna da Epp.

CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Aogoi

LA COMPLESSITÀ DELLA PROBLEMATICA e la difficoltà se non la impossibilità in alcuni casi di produrre studi randomizzati ha fatto sì che esistano tra le varie linee guida per l'Epp numerose e sostanziali differenze (4).

Lo strumento più utilizzato per "pesare" la forza di una raccomandazione basandosi sulle prove scientifiche e di conseguenza sugli studi randomizzati disponibili è il sistema Grade (Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation) (5).

Il sistema Grade offre due livelli di raccomandazione: forte e debole in base al rapporto rischio/beneficio. La raccomandazione è **forte** (si raccomanda l'utilizzo a tutti con forza) quando gli effetti benefici attesi da un intervento medico sono superiori agli effetti indesiderati mentre è **debole** (si suggerisce soltanto) se questo vantaggio è meno sicuro. A ciò si aggiunge la valutazione della qualità delle prove a sostegno della raccomandazione. Se le prove sono basate su studi di alta qualità (meta-analisi e studi randomizzati controllati) il grado sarà A, se derivano da studi randomizzati che hanno dei limiti o da studi osservazionali ma con larga casistica il grado sarà B ed infine verrà attribuita la lettera C agli studi con significatività più debole e meno forza statistica. Quindi teoricamente il massimo della certezza e sicurezza è la raccomandazione forte di grado A mentre la raccomandazione meno affidabile è quella debole di grado C. Bisogna però essere sempre molto attenti nel giudizio e nella applicazione clinica perché una evidenza di grado A non implica automaticamente una forte raccomandazione. L'esempio più citato è quello della raccomandazione forte del trattamento profilattico con warfarin a lungo termine dopo un primo episodio di trombosi venosa in assenza di cause oggettive. Studi randomizzati di alta qualità ne avevano dimostrato senza ombra di dubbio l'efficacia nel ridurre le ricorrenze trombotiche ma il prezzo pagato in termini di complicanze emorragiche rendeva la raccomandazione debole nonostante una qualità di grado A.

Emorragia post partum: epicrisi delle linee guida

Inoltre una raccomandazione può essere forte anche se deriva da prove di evidenza basse come vedremo più avanti quando affronteremo il tema attaccamento al seno precoce del neonato e riduzione della perdita ematica postpartum.
Un esempio storico dell'importanza di conoscere la qualità di una evidenza quando si devono prendere decisioni cliniche è quello della terapia ormonale sostitutiva (Tos) in menopausa per ridurre il rischio cardiovascolare ampiamente e diffusamente proposta per un decennio (6).
I dati iniziali provenivano da studi osservazionali con una evidenza di bassissima qualità tanto è vero che successivi studi randomizzati hanno dimostrato che la Tos in realtà non riduce questo rischio ma potrebbe addirittura aumentarlo (7).
Il volume edito dal sistema nazionale per le linee guida dell'istituto Superiore di Sanità sulla emorragia post partum aggiornato nell'ottobre 2020 rappresenta il punto di riferimento ineludibile per ogni punto nascita italiano ed è il frutto di un impegnativo ed esemplare lavoro di ricerca di un folto gruppo interdisciplinare di riconosciuti esperti della materia (8).
A dimostrazione della complessità insita nella redazione di linee guida (LG) che determineranno poi il comportamento degli operatori di sala parto di tutti i punti nascita e che avranno conseguenze anche in sede medicolegale analizzeremo alcuni punti.

EMORRAGIA POST PARTUM E TRAZIONE CONTROLLATA DEL CORDONE OMBELICALE (TCC)

Le LG italiane definiscono raccomandazione debole con prove di qualità moderata l'eventuale Tcc solo dopo la somministrazione di ossitocina, il clampaggio del cordone ombelicale e il riconoscimento di segni di distacco placentare. Per quanto riguarda invece il taglio cesareo le LG italiane riportano come raccomandazione forte con prove di qualità moderata la Tcc per rimuovere la placenta.
L'Organizzazione mondiale della sanità nel documento Who recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience del 2018 nella raccomandazione n. 45 dichiara che dove è disponibile un personale ostetrico addestrato la Tcc è raccomandata nel parto vaginale se si vuole ottenere una piccola riduzione della perdita ematica ed un piccolo accorciamento della durata del tempo del secondamento (9).
Di differente avviso la *Cochrane* che ritiene che la Tcc riduce il rischio di secondamento manuale e che l'evidenza suggerisce che la Tcc può essere offerta di routine durante la terza fase del travaglio, a condizione che chi assiste il parto abbia le competenze necessarie. Tuttavia, i benefici limitati della Tcc in termini di Epp grave non giustificherebbero l'investimento economico necessario per la formazione del personale per conseguire le competenze necessarie.
Quindi quando viene utilizzato un uterotonico a scopo profilattico (Ossitocina i.m. dopo l'espulsione della spalla anteriore), l'uso di routine della Tcc può essere evitato senza un aumentato rischio di grave PPH, mentre il rischio di secondamento manuale potrebbe essere aumentato (10).
Risulta evidente che anche per un semplice intervento come la Tcc le opinioni dei principali referenti a cui ci si rivolge per una ostetricia basata sulle evidenze scientifiche non sono in tutto concordi.

SKIN TO SKIN E ALLATTAMENTO PRECOCE PER RIDURRE LE PERDITE EMATICHE NEL PARTO VAGINALE

Per quanto riguarda la stimolazione del capezzolo e l'allattamento al seno le LG italiane si rifanno al lavoro di Abedi (11) che ha valutato il loro effetto sull'incidenza di Epp nel terzo stadio del travaglio. Le conclusioni si basano sui dati di 2 Rct (n=4.472) che sebbene di bassa qualità non consentono comunque di raccomandare lo skin to skin e l'attaccamento precoce al seno per ridurre l'incidenza di Epp.
La *Cochrane* (2016) sempre basandosi sul lavoro di Abedi dichiara che le prove dell'efficacia della stimolazione del capezzolo per ridurre il sanguinamento nel terzo stadio del travaglio sono insufficienti e che sono necessari studi di alta qualità con un campione adeguato.
Le conclusioni sopracitate si basano

SEGUE

> La raccomandazione è forte (si raccomanda l'utilizzo a tutti con forza) quando gli effetti benefici attesi da un intervento medico sono superiori agli effetti indesiderati mentre è debole (si suggerisce soltanto) se questo vantaggio è meno sicuro

BIBLIOGRAFIA

1 Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, et al. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. Am J Obstet Gynecol. 2013;209(5):441.e 1-7.

2 C.Crescini. Profilassi e gestione medica dell'emorragia post partum. Gynecoaogoi N.6 ,28-31,2016

3 The California Pregnancy-Associated Mortality Review. April 2012

4 J.D. Dahlke et al. Prevention and management of postpartum hemorrhage: a comparison of 4 national guidelines A J Obst Gyn vol 213,July 2015

5 Atkins D. et al. Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations : critical appraisal of existing approaches. The GRADE Working Group. BMC Health Serv Res 2004;4 (1):38

6 American College of Physicians. Guidelines for counseling postmenopausal women about preventive hormone therapy. Ann Intern Med 1992;117:1038-41

7 Rossouw JE et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healty postmenupausal women: principal results from the Women's Health initiative randomized controlled trial. JAMA 2002;288:321-33

8 Emorragia post partum: come prevenirla , come curarla. SNLG LG 26, 2016

9 WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018

10 Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Trazione controllata del cordone per la terza fase del travaglio. Database Cochrane delle revisioni sistematiche 2015, numero 1.

11 Abedi P, Jahanfar S, Namvar F et al. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2016

12 Bullough C.H.W et al. Early suckling and postpartum haemorrhage: controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. The lancet , September 2, 1989

13 Saxton A. et al. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: result of a cohort study. Midwifery 2015

14 I. Cavicchi. L'evidenza scientifica in medicina. L'uso pragmatico della verità Nexus Ed. marzo 2020

GYNECO AOGOI NUMERO 6 - 2021

sostanzialmente su un lavoro pubblicato su *Lancet* nel 1989 da *Bullough* (12). Sebbene si tratti di uno studio dichiarato randomizzato gli autori stessi nelle conclusioni scrivono che i risultati non favorevoli all'attaccamento al seno precoce per la prevenzione dell'Epp sono validi solo nel contesto in cui è stato realizzato e cioè nel Malawi. Infatti ritengono che una politica di precoce allattamento gestito da ostetriche professionali probabilmente avrebbe un risultato positivo. Infatti nello studio del Malawi gli autori scrivono che l'accuratezza della registrazione dei dati clinici fatta dalle levatrici tradizionali senza diploma ostetrico ma che tradizionalmente assistono i parti nei villaggi e che spesso sono analfabete è molto lacunosa ed imprecisa. In tutte le donne era stato fatto un clampaggio del cordone ritardato di almeno 3 minuti e non era stata fatta la profilassi ossitocica dell'EPP ma non vi erano dati circa l'eventuale utilizzo di ossitocici vegetali legati a tradizioni popolari. Infine non vi era la certezza che le levatrici tradizionali avessero ben compreso come fare la randomizzazione.
Esiste invece uno studio di coorte e per tale motivo non utilizzato per le raccomandazioni pubblicato su Midwifery che dimostra l'efficacia dello skin to skin e dell'allattamento precoce entro 30' dalla nascita nella protezione dall'EPP sia nelle donne a basso rischio che in quelle ad alto rischio (13).
L'indagine realizzata da un gruppo di ostetriche australiane ha coinvolto oltre 7.548 donne dimostrando l'efficacia in tutte dell'immediato attacco del neonato al seno nel ridurre l'Epp ed in modo maggiore in quelle a basso rischio. La spiegazione si basa sullo stimolo che la suzione del capezzolo determina nella produzione di ossitocina endogena.
Gran parte degli studi pubblicati ed utilizzati per la stesura di linee guida e raccomandazioni si concludono auspicando nuove e più approfondite indagini che non sempre per motivi economici o etici possono essere realizzate.
Per concludere citiamo Ivan Cavicchi: "*In medicina una cosa è vera non se è semplicemente conforme all'evidenza scientifica che la giustifica, ma solo se produce un risultato. Qualsiasi evidenza in medicina formalmente vera ma che non produca il risultato atteso, da un punto di vista pragmatico, non può essere considerata vera*" (14).

06

CONTRIBUTI

Gestione del dolore in travaglio

Il controllo del dolore nel parto è una tematica complessa inerente la nascita, evento quest'ultimo socialmente e culturalmente influenzato da diversi fattori che, quindi, non può essere affrontato con le sole conoscenze di tipo sanitario

MARIA GRAZIA FRIGO
Uo Anestesia e TI Ostetrica Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina, Roma

SULLA NATURA DEL DOLORE del parto, la definizione più calzante appare essere quella di Lowe che lo descrive come esperienza dolorosa, risultato di processi complessi e fattori multipli, fisiologici e psicosociali, sulla base di una interpretazione individuale della donna dello stimolo nocicettivo del travaglio.
Nel 2000 una dichiarazione congiunta *dell'American Society of Anesthesiologists* e *l'American College of Obstetricians and Gynecologists*, affermava che non ci sono altri casi, nei quali viene considerato accettabile che un individuo debba sopportare un dolore severo, senza trattamento, quando è possibile invece intervenire in modo sicuro sotto controllo medico. Nella medesima dichiarazione, la richiesta materna diventava una giustificazione sufficiente per alleviare il dolore durante il travaglio.
Negli ultimi anni si è assistito ad un cambiamento dei programmi di assistenza alla nascita, nel tentativo di superare la vecchia rappresentazione, culturalmente condivisa, che vede il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica, per arrivare a considerare il travaglio e l'evento nascita come esperienze complesse e cruciali a cui la donna ha diritto di partecipare in maniera serena e costruttiva, avendo la possibilità di controllare gli eventi e soprattutto il dolore da lei percepito.
Nel 2018 l'Organizzazione mondiale della sanità, nel "*Intrapartum Care for a positive childbirth experience*" inserisce le strategie farmacologiche di controllo del dolore in travaglio come un diritto inalienabile della partoriente e riconferma tale posizione nel 2020 in occasione dell'aggiornamento correlato alla pandemia da Covid-19, affermando che tutte le donne hanno diritto ad un'esperienza positiva del loro percorso nascita a prescindere dal fatto che abbiano o meno in corso un'infezione da Covid -19.
La Commissione nazionale sui livelli essenziali di assistenza (dicembre 2017) promuove il "controllo del dolore durante il travaglio e il parto vaginale tramite procedure analgesiche" tra i livelli essenziali garantiti dal Ssn, con l'obiettivo di «tutelare la scelta della donna perché durante il travaglio e il parto possa usufruire di un controllo efficace del dolore mediante le più appropriate procedure analgesiche attualmente disponibili nel massimo della sicurezza propria e del nascituro".
Attualmente l'analgesia locoregionale perimidollare, con le sue differenti metodiche (epidurale, combinata epidurale/spinale) è considerata il metodo più efficace per combattere il dolore del travaglio e del parto. Questa, proprio per la sua modulabilità e flessibilità, concede la possibilità di adeguarsi non solo alle diverse fasi del travaglio ma alla donna stessa, alle sue caratteristiche e alle sue aspettative, permettendo di ottenere un'analgesia ottimale e pienamente soddisfacente, nel rispetto dell'andamento fisiologico del parto. La possibilità di un travaglio senza dolore, in cui la deambulazione è garantita così come l'assunzione di posizioni libere in travaglio, riduce sicuramente nella donna quel senso di "medicalizzazione" legato al ricovero in ospedale che comunque, nell'ultimo mezzo secolo, ha fatto decisamente crollare la mortalità materna e neonatale. L'analgesia perimidollare si è dimostrata apportare sicuri benefici sia alla madre che al nascituro nonostante il controllo del dolore del travaglio possa venire da alcuni, erroneamente considerato come qualcosa di non necessario, se non un optional potenzialmente pericoloso. Il dolore del parto infatti di per sé può assumere effetti negativi quando sia molto intenso e prolungato, tanto che esistono delle situazioni abbastanza precise che possono essere considerate delle vere e proprie indicazioni all'analgesia epidurale. In particolare quest'ultima assume un ruolo importante quando si presentano le seguenti condizioni: ipertensione indotta dalla gravidanza, prematurità, ritardo della crescita intrauterina, travaglio prolungato, contrattilità uterina non coordinata, travaglio indotto, Tolac, Mef, malattie cardiache, respiratorie o neurologiche e il diabete mellito della madre.
I benefici attualmente accertati per la madre in seguito ad analgesia perimidollare sono: eccellente controllo del dolore, riduzione del consumo di ossigeno, riduzione dell'iperventilazione, controllo dell'acidosi metabolica, riduzione dell'increzione di catecolamine e di ormoni da stress, miglioramento del circolo placentare, riduzione dell'ansia e cosa molto importante madri più rilassate e cooperanti.
Di riflesso, anche il neonato trae benefici dall'analgesia epidurale in relazione a quelli materni suddetti, nello specifico si riscontrano: ridotta acidosi metabolica, migliorata circolazione placentare come risultato della vasodilatazione, riduzione del consumo di O2 e miglioramento dell'ossigenazione .
Nonostante questi benefici, si continua a discutere se l'analgesia possa essere in qualche modo responsabile, o meglio, corresponsabile di modificazioni della dinamica del travaglio ed al suo espletamento fisiologico, e le informazioni desunte dalla letteratura scientifica al riguardo si rilevano spesso inconclusive. Risulta comunque un miglior controllo del dolore delle tecniche perimidollari rispetto ad altre metodiche, oltre ad una maggiore soddisfazione materna e ad un migliore outcome neonatale e non si evidenzia aumento dell'incidenza di taglio cesareo, ma per contro, un lieve incremento dell'incidenza di parti operativi vaginali.

> "L'analgesia perimidollare si è dimostrata apportare sicuri benefici sia alla madre che al nascituro nonostante il controllo del dolore del travaglio possa venire da alcuni, erroneamente considerato come qualcosa di non necessario, se non un optional potenzialmente pericoloso

SIGO 2021

Hilton Sorrento Palace
S O R R E N T O
12 - 15 dicembre 2021

La ginecologia e le donne: Oltre la pandemia

Programma scientifico

SIGO SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA
96° Congresso Nazionale

AOGOI ASSOCIAZIONE OSTETRICI GINECOLOGI OSPEDALIERI ITALIANI
61° Congresso Nazionale

AGUI Associazione Ginecologi Universitari Italiani
28° Congresso Nazionale

AGITE ASSOCIAZIONE GINECOLOGI TERRITORIALI
4° Congresso Nazionale

Presidenti
Giuseppe Bifulco
Luigi Cobellis
Claudio Santangelo
Renato Tesauro

DOMENICA 12 DICEMBRE

CERIMONIA INAUGURALE

Saluti Autorità politiche ed accademiche

Lettura Magistrale **Il neonato prematuro: perché e quali problemi**
Luca Ramenghi

Tavola Rotonda**: La donna durante il periodo COVID**
Conduce **Annalisa Manduca**

LUNEDÌ 13 DICEMBRE 2021 – MATTINA

SALA NETTUNO

09.00/11.00 **TUMORE DELL'OVAIO –** (Sessione ECM)
Presidente **Giambattista Massi (Firenze)**
Moderatori **Carmine Malzoni (Avellino), Angiolo Gadducci (Pisa)**

9:00 Lettura magistrale **Carcinoma ovarico: dalla biologia molecolare alla clinica**
Giovanni Scambia (Roma)

9:30 Diagnostica molecolare e Predittività dei marcatori di riferimento
Enrico Vizza (Roma)

9:45 Aspetti ecografici
Antonia Carla Testa (Roma)

10:00 La suscettibilità genetica
Matilde Pensabene (Napoli)

10:15 Nuove prospettive terapeutiche
Giulio Sozzi (Palermo)

10:30 Tailoring chirurgico e risposta alle nuove terapie
Francesco Legge (Acquaviva delle Fonti – BA)

10:45 Discussione
Carlo Ronsini (Roma), Ilaria Morra (Napoli), Anila Kardhashi (Bari)

11.30/13.30 **I TUMORI DELL'UTERO –** (Sessione ECM)
Presidente **Vito Trojano (Bari)**
Moderatori **Roberto Angioli (Roma), Maria Giovanna Salerno (Roma)**

11:30 Lettura magistrale **Il tumore della cervice uterina**
Denis Querleu (Roma)

12:00 Il programma di screening: quali prospettive?
Stefano Greggi (Napoli)

Chirurgia mini-invasiva
12:15 *Pro* **Anna Fagotti (Roma)**

12:30 *Contro* **Francesco Raspagliesi (Milano)**

Il tumore dell'endometrio
12:45 Fattori prognostici: nuova classificazione
Gianfranco Zannoni (Roma)

13:00 Il linfonodo sentinella
Francesco Fanfani (Roma)

13:15 Nuove possibilità terapeutiche di contenimento nelle gravi obesi
Marco Petrillo (Sassari)

13:30 Discussione **Anna Marcozzi (Teramo), Giuseppe Pirillo (Crotone), Marcello Granata (Napoli)**

NUOVI ORIZZONTI IN GINECOLOGIA
Innovazioni in contraccezione e nel trattamento medico dei fibromi uterini – (Sessione NON ECM)
Moderatore **Costantino Di Carlo (Napoli)**

13:30 Una nuova associazione estro-progestinica: un contraccettivo innovativo dall'adolescenza alla perimenopausa
Vincenzina Bruni (Pistoia)

14:00 La prima terapia combinata con antagonista del GNRH per il trattamento dei fibromi uterini
Attilio Di Spiezio Sardo (Napoli)

SALA SIRENE

9:00 / 11:00 **ORGANIZZAZIONE DELLA SALA PARTO**
(Sessione ECM)
Presidente **Francesco Odicino (Brescia)**
Moderatori **Andrea Lupi (Nocera Inferiore – SA), Salvatore Ronsini (Salerno)**

9:00 Lettura Magistrale **Modelli ideali e reali di organizzazione della sala parto**
Antonio Ragusa (Roma)

9:30 Rapporti medico ostetrica nel travaglio a basso e alto rischio
Roberto Jura (Biella)

9:45 Sorveglianza strumentale in travaglio
Herbert Valensise (Roma)

10:00 Il parto dopo singolo taglio cesareo: modelli organizzativi e strumentali
Mario Vicino (Bari)

10:15 Gestione del dolore in travaglio
Maria Grazia Frigo (Roma)

10:45 Partecipano alla discussione
Silvia Vaccari Presidente FNOPO e
Antonella Marchi Presidente AIO

11.30 / 13.30 **COVID E GRAVIDANZA –** (Sessione ECM)
Presidente **Giancarlo Di Renzo (Perugia)**
Moderatori **Nicola Coppola (Napoli), Eutalia Esposito (Castellammare di Stabia – NA)**

11:30 Lettura Magistrale
Silvio Brusaferro (Roma)

12:00 Dati epidemiologici in Italia
Serena Donati (Roma)

12:15 Effetti sulla gravidanza e sul feto
Maria Vittoria Locci (Napoli)

12:30 Gestione gravidanza e parto COVID
Emanuela Wally Ossola (Milano)

SIGO 2021
Hilton Sorrento Palace
SORRENTO
12 - 15 dicembre 2021

Programma scientifico

12:45 Prospettive future e varianti
Alessandro Perrella (Napoli)

13:00 Discussione **Manrico Fusco (Napoli), Maria Rita Corina (Matera), Antonella Vimercati (Bari)**

13:30 / 14:30 TAVOLA ROTONDA
CARCINOMA OVARICO: IL GINECOLOGO TERRITORIALE COME SNODO CHIAVE NELLA DIAGNOSI E PREVENZIONE – (Sessione ECM)
Presidente **Giovanni Scambia (Roma)**
Giorgio Giorda (Aviano – PN)
Valeria Dubini (Firenze)

SALA ULISSE

09.00 / 11.00 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA**
Patologia Uterina – (Sessione NON ECM)
Moderatore **Giancarlo Stellin (Rovigo)**
Operatori: Stefano Palmieri (Castelvolturno – CE), Salvatore Gueli Alletti (Roma)

11.30 / 13.30 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA**
Patologia annessiale (Sessione NON ECM)
Moderatore **Gianfranco Quintarelli (Prato), Salvatore Incandela (Agrigento)**
Operatori: Pierluigi Giampaolino (Napoli), Mario Vicino (Bari), Stefano Cianci (Roma)

13:30/ 14:30 **INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO IN ITALIA: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE FUTURE** (Sessione NON ECM)
Moderatore **Elsa Viora (Torino)**
Antonio Ragusa (Roma), Lorenza Driul (Udine)

SALA TRITONE

09.00 / 11.00 **SESSIONE FNOPO: DALLA PANDEMIA ALL'OPPORTUNITÀ PER RIDISEGNARE E VALORIZZARE LA PROFESSIONE OSTETRICA** (Sessione ECM)

Prima Sessione
9:00 Apertura lavori, breve introduzione
Silvia Vaccari (Sassuolo – MO)

Moderatori **Silvia Vaccari (Modena)**
Giuseppina Piacente (Napoli)
Saverio Turco (Caserta)
Luciana Dello Russo (Avellino)

9:05 L'importanza delle indagini sul database delle ostetriche/i attivabili
Marina Carfagna (Rimini)

9:20 Metodologia di Riconoscimento titoli ostetriche straniere
Martha Traupe (Pisa)

9:35 La FNOPO e le ostetriche/i nel contesto Europeo ed Internazionale
Elsa Del Bo (Pavia)
Discussant **Maria Vicario (Napoli)**

Seconda Sessione
Moderatori **Caterina Masé (Trento), Carmela Muccione (Salerno), Ciro Clemente Tancredi (Benevento**)

10:00 La Medicina di genere e la professione ostetrica
Cinzia Di Matteo (Chieti)

10:15 TAS: L'Ostetrica/o e i tavoli Ministeriali; quali scenari di miglioramento per promuovere la salute delle donne
Patrizia Proietti (Roma)

10:30 Delphi Method, uno strumento per la costruzione del consenso: l'esempio del Codice Deontologico della professione dell'ostetrica/o
Enrico Finale (Verbania)
Discussant **Elio Lopresti (Palermo)**

Chiusura lavori
Silvia Vaccari (Sassuolo – MO)

11:30 / 13:30 **SESSIONE AIO**
RIVOLUZIONE EDUCATIVA E CULTURALE: LA NOSTRA GRANDE RESPONSABILITÀ DI OSTETRICHE! (Sessione ECM)
Presidente **Antonio Ragusa (Roma)**
Moderatori **Silvia Vaccari (Sassuolo – MO), Elsa Del Bo (Pavia), Giampaolo Mainini (Castellammare di Stabia – NA)**

Relatori

11:30 Raccomandazioni per Ostetriche per l'assistenza alla gravidanza, al travaglio-parto e puerperio fisiologico.
Cristina Gressani (Udine)

11:45 Raccomandazioni per Ostetriche per la prevenzione, rieducazione e riabilitazione del pavimento pelvico uroginecologico e colonproctologico
Lara Arduini (Scandiano - RE)

12:00 Raccomandazioni per Ostetriche per l'assistenza alla vittima di violenza sessuale e raccolta delle fonti di prova
Antonella Marchi (Siena)

12:15 Innovare il Profilo Professionale dell'Ostetrica/o.
Annapaola Caruso (Cosenza)

Discussant: **Gaia Pallestrini, Katia Caloiero, Viviana Candidi, Carmine Gigli**

13:10 Servizio di Ostetricia e Ginecologia forense: presentazione del Kit di repertazione nei casi violenza sessuale
Luciano Garofano (Parma)

LUNEDÌ 13 DICEMBRE 2021 – POMERIGGIO

SALA NETTUNO

14.30 / 16.30 **PATOLOGIA UTERINA BENIGNA: MIOMI ED ADENOMIOSI** (Sessione ECM)
Presidente **Attilio Di Spiezio Sardo (Napoli)**
Moderatori **Franco Marincolo (Cosenza), Luigi Nappi (Foggia)**

14:30 Lettura magistrale
Adenomiosi dalla patogenesi ai sintomi
Felice Petraglia (Firenze)

15:00 Inquadramento ecografico e diagnosi differenziale
Giuseppe Trojano (Matera)

15:15 Quale impatto sulla fertilità
Sergio Schettini (Potenza)

15:30 Terapia medica per tutti?
Michele Vignali (Milano)

15:45 Terapia chirurgica per tutti?
Piero Iacobelli (Napoli)

16:00 Discussione **Vincenzo Cacciapuoti (Napoli), Pietro Affinito (Napoli)**

16:30 / 18:30 **LE VACCINAZIONI IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA** (Sessione ECM)
Presidente **Donatella Caserta (Roma)**
Moderatori **Gennaro Cormio (Bari), Fabrizio Taddei (Rovereto – TN)**

16:30 Lettura magistrale **I vaccini: falsi miti da sfatare**
Elsa Viora (Torino)

16:45 La vaccinazione per l'HPV: risultati a lungo termine
Andrea Ciavattini (Ancona)

17:00 Il vaccino dTpa: quali rischi e quali vantaggi
Laura Sarno (Napoli)

17.15 Immunoterapia e tumore ovarico, quali novità
Domenica Lo Russo (Roma)

17:30 Vaccini in gravidanza
Irene Cetin (Milano)

17:45 Discussione **Maria Gabriella De Silvio (Salerno), Angela Cafiero (Castellammare di Stabia – NA), Sabina Di Biase (Foggia)**

SALA SIRENE

14.30 / 16.30 **GESTIONE DELLE EMERGENZE OSTETRICHE** (Sessione ECM)
Presidente **Antonio Ambrosini (Padova)**
Moderatori **Gennaro Auriemma (Salerno), Salvatore Dessole (Sassari)**

14:30 **Lettura magistrale** La chirurgia della placenta accreta Spectrum (PAS)
Enrico Ferrazzi (Milano)

15:00 Parto operativo vaginale
Mario Massacesi (Senigallia - AN)

15:15 L'assistenza al parto podalico: un mito del passato?
Mario Meroni (Milano)

15:30 Anemia materna e protocolli comportamentali nella gestione delle emorragie post-partum
Claudio Crescini (Bergamo)

15:45 Il trattamento nelle prime ore dell'emorragia del post partum
Antonio Belpiede (Cerignola – FG)

16:00 Patologia della placentazione
Romolo Di Iorio (Roma)

16:15 Discussione **Agostino Menditto (Napoli), Marina Tesorone (Roma), Marco La Verde (Napoli)**

16.30 / 18.30 **MEDICINA LEGALE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA** (Sessione ECM)
Presidenti **Carmine Nappi (Napoli)**
Moderatori **Carlo Maria Stigliano (Cosenza), Ezio Bergamini (Scandiano – RE)**

16:30 Corretta compilazione della cartella clinica
Riccardo Morgera (Napoli)

16:45 La placenta dal punto di vista medico-legale
Gaetano Bulfamante (Milano)

17:00 La gestione della MEF
Alfredo Vannacci (Firenze)

17:15 legali Vaccini in gravidanza: valori e riferimenti medico-
Maurizio Silvestri (Spoleto – PG)

17:30 Il nuovo contenzioso della Corte dei Conti
Sabino Laudadio (Milano)

17:45 Responsabilità da omessa prescrizione di folati nella PMA
Antonio Malvasi (Matera)

18:00 Tutela assicurativa della colpa grave
Gloria Favretti (Milano)

18:15 Basso rischio ostetrico e parto a domicilio
Gianfranco Jorizzo (Padova)

18:30 Conclusioni
Pasquale Pirillo (Cosenza)

Discussant **Pasquale Giugliano (Caserta), Paolo Mannella (Pisa)**

SALA ULISSE

14.30 / 16.30 **LA SIMULAZIONE IN GINECOLOGIA ED OSTETRICIA** (Sessione ECM)

Presidente **Marco Bonito (Roma)**
Moderatori **Tiziana Frusca (Parma), Giovanni Monni (Cagliari)**

14:30 Razionale alla necessità di una simulazione
Pantaleo Greco (Ferrara)

14: 45 la simulazione in chirurgia endoscopica
Fabio Ghezzi (Varese)

15:00 La simulazione in chirurgia robotica
Mariano Catello Di Donna (Palermo)

15.15 La simulazione in ecografia
Stefano Guerriero (Cagliari)

15:30 La simulazione in ostetricia
Claudio Celentano (Montesilvano – PE)

15:45 La simulazione nel percorso formativo in Europa
Chiara Benedetto (Torino)

16:00 Discussione **Francesco Forleo (Aversa – NA), Franco Doganiero (Campobasso)**

16:30 / 18:30 **LA SIGO E LA MEDICINA DELLA RIPRODUZIONE** (Sessione ECM)
Presidente **Giuseppe De Placido (Napoli)**
Moderatori **Andrea Borini (Bologna), Eleonora Porcu (Bologna)**

16:30 L'impegno verso la tutela della professione ed i rapporti con le Istituzioni
Luca Mencaglia (Arezzo)

16:45 L'impegno verso linee guida reali
Luca Gianaroli (Bologna)

17:00 LEA e PMA : stato dell'arte
Mauro Costa (Genova)

17:15 L'impegno verso la formazione
Paola Anserini (Genova)

17.30 Protocolli comportamentali ed induzione dell'ovulazione:
Antonio La Marca (Modena)

SIGO 2021
Hilton Sorrento Palace
SORRENTO
12 - 15 dicembre 2021

Programma scientifico

18:00 Discussione **Giuseppe Gullo (Palermo), Concetta D'Angelo (Napoli), Ida Strina (Napoli)**

SALA TRITONE

14:30 / 17:30 **SESSIONE ITALO ARGENTINA** (Sessione NON ECM)
Coordinated by **Giuseppe Rizzo (Roma), Ana Bianchi (Uruguay)**

14:30 Introduction **Domenico Arduini (Roma) and Mario Palermo (Argentina)**

14:40 US diagnosis and management of first and second stage dystocia
Gianluigi Pilu (Bologna)

15:00 Role of Ultrasound before an assisted delivery
Ana Bianchi (Uruguay)

15:20 US before an operative vaginal delivery: always or in selected cases?
Giuseppe Rizzo (Roma)

15:40 AI application of US in labor
Tullio Ghi (Parma)

16:00 Applying ultrasound to vaginal delivery post cesarean section
Leiticia Ojeda (Argentina)

16:20 Women choice and perception of US in labor
Ilenia Mappa (Roma)

16:40 Ultrasound during delivery.
Fernando Vargas (Argentina)

17:00 US in postpartum hemorrhage
Bianca Masturzo (Torino)

17:20 US diagnosis and management of OASIS
Federica Bellussi (Philadelphia)

17:40 Discussion **Daniel Aguirre (Argentina), Federica Bellusi (Philadelphia), Giuseppe Rizzo (Roma)**

Final thoughts: **Domenico Arduini (Roma), Mario Palermo (Argentina)**

MARTEDÌ 14 DICEMBRE 2021 - MATTINA

SALA NETTUNO

09.00/ 11.00 **BENESSERE IN MENOPAUSA -** (Sessione ECM)
Presidente **Annibale Volpe (Modena)**
Moderatori **Anna Maria Paoletti (Cagliari), Giampaolo Mainini (Castellammare di Stabia – NA)**

9:00 Lettura magistrale **La terapia ormonale sostitutiva: dalle linee guida alla pratica clinica**
Marco Gambacciani (Pisa)

9:30 Quando e perché fare un trattamento
Costantino Di Carlo (Catanzaro)

9:45 TOS e rischio oncologico e cardiovascolare
Nicoletta Biglia (Torino)

10:00 Raccomandazioni sulle terapie non ormonali
Stefano Lello (Roma)

10:15 Gestione integrata della sindrome urogenitale
Pasquale De Franciscis (Napoli)

10:45 Atrofia vaginale da menopausa indotta nella paziente oncologica: l'impiego della radiofrequenza
Tiziana dell'Anna (Lecco)

11:00 Discussione **Sonia Baldi (Firenze), Stefano Scognamiglio (Napoli), Lara Cuomo (Napoli)**

11.30 / 13.30 **PMA** - (Sessione ECM)
Presidente **Antonio Perino (Palermo)**
Moderatori **Luigi Terracciano (Napoli), Eleonora Porcu (Bologna)**

11:30 Lettura magistrale **Sostenibilità della PMA in Italia**
Nicola Colacurci (Napoli)

11:45 Genetica e PMA
Antonio Capalbo (Roma)

12:00 La multidisciplinarità: necessità per una gestione corretta
Giuseppe D'Amato (Bari)

12:15 Endometrio e impianto
Cristofaro De Stefano (Avellino)

12:30 La preservazione della fertilità
Carlo Alviggi (Napoli)

12:45 Età avanzata ed outcome riproduttivo
Filippo Ubaldi (Roma)

13:00 Obesità e riproduzione
Annamaria Colao (Napoli)

13:15 Discussione **Filippo Bellati (Roma), Daniela Surico (Novara), Alessandra Andrisani (Padova)**

13:30 / 14:30 **FROM OFFICE TO ROBOTIC SURGERY: TECHNIQUE, TECHNOLOGY & CLINICAL OUTCOMES** (Sessione NON ECM)
Moderatori **Attilio Di Spiezio Sardo (Napoli)**
Relatori **Gianluca Bracco (Lucca), Paolo Casadio (Bologna), Salvatore Gueli Alletti (Roma)**

SALA SIRENE

09.00 11.00 **PARTO PRETERMINE (Sessione ECM)**
Presidente **Riccardo Arienzo (Napoli)**
Moderatori **Arsenio Spinillo (Pavia), Silvia Von Wunster (Bergamo)**

9:00 **Lettura magistrale** Fattori di rischio e predittività del parto pretermine
Irene Cetin (Milano)

9:30 Gestione del late pretermine
Gianluigi Pilu (Bologna)

9:45 Cerchiaggio e pessario
Gabriele Saccone (Napoli)

10:00 Terapia medica e parto pretermine
Fabio Facchinetti (Modena)

10:15 Microbioma e parto pretermine
Mario Passaro (Napoli)

10:30 Discussione **Domenico Corea (Catanzaro), Raffaele Correa (Castellammare di Stabia- NA), Fabiana Savoia (Napoli)**

11.30 / 13.30 **INFEZIONI IN GRAVIDANZA** (Sessione ECM)
Presidente **Fabio Parazzini (Milano)**
Moderatori **Rosario D'Anna (Messina), Giangavino Peppi (Olbia)**

11:30 **Lettura Magistrale** Protocolli comportamentali nelle infezioni in gravidanza
Giuseppe Ettore (Catania)

12:00 Infezione da GBS precoce e tardiva
Fabrizia Santangelo (Napoli)

12:15 Toxoplasma e CMV
Giuseppe Maria Maruotti (Napoli)

12:30 Infezioni virali in gravidanza
Maddalena Morlando (Napoli)

12:45 Sepsi puerperale
Carlo Carravetta (Napoli)

13:00 Discussione **Giovanni Ruggiero (Napoli), Lucio Juliano (Napoli), Bianca Maria Di Maio (Bari)**

13:30 / 14:00 **EFFETTI TERAPEUTICI DI NUOVE SOLUZIONI NELLA GESTIONE DI ALCUNE PATOLOGIE: L'ANEMIA IN GRAVIDANZA E I DISTURBI VAGINALI** (Sessione NON ECM)

14:00 / 15:00 **LE NUOVE FRONTIERE DELLA DIAGNOSTICA GENETICA IN OSTETRICIA** (Sessione NON ECM)

14:00 Introduzione
Claudio Santangelo (Napoli)

14:10 Diagnostica genetica prenatale
Giovanni Savarese (Napoli)

14:30 Aspetti medico legali della MEF
Riccardo Morgera

14:40 Test genetico su tessuto fetale post mortem
Giovanni Savarese (Napoli)

14:55 Conclusioni
Antonio Chiantera (Napoli)

SALA ULISSE

09.00 / 11.00 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: Isteroscopia** (Sessione NON ECM)
Moderatore **Antonio Mollo (Salerno), Stefano Bettocchi (Bari)**
Operatori: Paolo Casadio (Bologna), Carlo De Angelis, Mario Franchini (Firenze), Pasquale Florio (Pistoia)

11.30 / 13.30 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA DEL PAVIMENTO PELVICO** (Sessione NON ECM)
Moderatore **Giampiero Capobianco (Sassari), Pasquale Gallo (Napoli)**
Operatori: Davide De Vita (Battipaglia – SA), Gianluca Bracco (Fiesole – FI), Marco Torella (Napoli)

13:30 / 14:00 **ISIDE: INSPIRE CSECTION INNOVATION DRIVING EVOLUTION TO IMPROVE THE STANDARD OF CARE FOR CESAREAN DELIVERY** (Sessione NON ECM)
Moderatori **Simona Braghi, Giovanni Tommaselli**
Giuliana De Simone (Milano)
Annarosa Chincoli (Bari)
Angela Monica Santamaria (Bari)

14:00 / 14:30 **BENESSERE IN MENOPAUSA** (Sessione NON ECM)

14:00 La "Radiofrequenza 2.0" nel trattamento dell'atrofia vulvo-vaginale
Sergio Messini (Bolzano)

14:30 Electro-surgical labiaplasty with minimal downtime
Rafal Kuzlik (Polonia)

SALA TRITONE

9:00 / 11:00 **SESSIONE SEGI: ECOGRAFIA VERSO ENDOSCOPIA**
Sessione interattiva NON ECM
Presidente **Enrico Vizza (Roma)**
Moderatori **Fabio Ghezzi (Varese), Riccardo Zaccoletti (Verona)**

Miomi uterini
Discussant. Alberto Mattei (Firenze)
Francesco Barletta (Ariccia – RM)
Relatori Ivan Casarin (Varese),
Alessandro Fasciani (Genova)
Discussione

Endometriosi profonda
Discussant Giuseppe Ciravolo (Brescia)
Relatori: Marina Coppola (Avellino),
Ciro Perone (Napoli)
Discussione

Malformazioni uterine e patologia endometriale
Discussant Ivan Mazzon (Roma) –
Giuseppe Nucera (Busto Arsizio – VA)
Relatori: Brunella Zizolfi (Napoli),
Ursula Catena (Roma)
Discussione

Tumefazioni annessiali complesse:
Cistectomia versus Ovariectomia
Discussant. Emilio Lomeo (Catania),
Luca Savelli (Forlì)
Relatori: Rosanna Mancari (Roma),
Barbara Costantini (Roma)
Discussione

11:30 / 14:00 **SESSIONE AGEO: EVIDENZE CLINICHE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA SUL TERRITORIO** (Sessione ECM)
Presidenti **Rosa Ariviello (Napoli)**
Riccarda Triolo (Pistoia)

11:30 Introduzione al Convegno -
Segretario A.G.E.O. **Claudio Zanardi (Bologna)**

DENATALITÀ E PRIVATO (Sessione ECM)
Moderatori **Lamberto Coppola (Lecce), Nicola Fortunato (Napoli)**

11:45 Il centro di privato di PMA: quale ruolo nella realtà italiana
Andrea Borini (Bologna)

12:00 La ricerca della gravidanza nella paziente over 40: nuove strategie per migliorare l'efficienza dei percorsi
Elisabetta Trabucco (Napoli)

12:15 Il social freezing
Anna Pia Ferraretti (Bologna)
Panel: **Fabio Perricone (Napoli), Anna Sansone (Napoli), Rosa Ariviello (Napoli)**

DIAGNOSTICA ECOGRAFICA (Sessione ECM)
Moderatori: **Gianfranco Merlino (Napoli), Paolo Scognamiglio (Montecatini Terme – PT)**

SIGO 2021
Hilton Sorrento Palace
SORRENTO
12 - 15 dicembre 2021

Programma scientifico

12:45 LECTIO: Il dubbio nella diagnostica ecografica delle malformazioni fetali: accuratezza diagnostica o riconoscimento?
Aniello Di Meglio (Napoli)

13:15 Vantaggi e Limiti della Diagnosi Precoce Fetale
Alfredo Pinto (Napoli)

13:30 Diagnosi ecografica dell'endometriosi pelvica ed addominale obiettivi essenziali e valutazione avanzata
Alessandra Di Giovanni (Avellino)
Panel: **Giuseppe Feroce (Napoli), Michele Mastrocinque (Pompei – NA), Luciano Schetter (Napoli)**

MARTEDÌ 14 DICEMBRE 2021 - POMERIGGIO

SALA NETTUNO

14:30 / 16:30 **OPERATIVITÀ GISS FEDERAZIONE SIGO** (Riunione NON ECM)
Coordina **Giovanni Sotgiu**

14:30 Relazione GISS Placenta
Ezio Fulcheri (Genova), Fabio Facchinetti (Modena)

14:50 Relazione GISS Diagnosi Prenatale
Ferrazzi – Monni
Tamara Stampalja (Trieste) – Tullio Ghi (Parma)

15:10 Relazione GISS Chirurgia Oncologica
Vito Trojano (Bari)
Relaziona **Giorgio Giorda**

15:30 Relazione GISS Medicina della riproduzione
Nicola Colacurci (Napoli)

15:50 Relazione GISS del Basso tratto genitale
Carlo Maria Stigliano (Cosenza):
Relaziona **Linee Guida patologia vulvare pre-invasiva Mario Preti**
Linee Guida sindrome genito-urinaria nella menopausa Filippo Murina

16:10 Relazione GISS Uroginecologia
Massimo Franchi (Verona) Matteo Frigerio (Monza)
Irene Porcari (Verona) Alessandro Ruffolo (Milano)

SALA SIRENE

15:00 / 17:00 **SESSUALITÀ** (Sessione ECM)
Presidente **Carlo Sbiroli (Roma)**
Moderatori **Antonio Cianci (Catania), Sandro Massimo Viglino (Genova)**

15:00 **Lettura magistrale**
Come valorizzare la sessualità nella vita di coppia oggi, dalla menopausa in avanti
Rossella Nappi (Pavia)

15:30 Ruolo dell'educazione alla sessualità nell'adolescente
Salvatore Caruso (Catania)

15:45 Infertilità e sessualità
Silvia Ajossa (Cagliari)

16:00 Sessualità e atrofia in post menopausa
Francesco De Seta (Trieste)

16:15 Gravidanza e sessualità
Franca Aceti (Roma)

16:30 Discussione **Giuseppe Albano (Napoli), Daniela Anzelmo (Caltanissetta)**

SALA ULISSE

14.30 16.30 **UROGINECOLOGIA NEL NUOVO MILLENNIO** (Sessione ECM)
Presidente **Massimo Franchi (Verona)**
Moderatori **Marco Torella (Napoli), Gennaro Trezza (Benevento)**

14:30 Inquadramento clinico diagnostico e trattamento conservativo
Giampiero Capobianco (Sassari)
Carmen Formisano (Napoli)

14:45 La Mesh nella chirurgia della IUS
Stefano Salvatore (Milano)

15:00 Chirurgia del prolasso anteriore
Tommaso Simoncini (Pisa)

15:15 Chirurga del prolasso posteriore
Marco Soligo (Milano)

15:30 Chirurgia nel prolasso di cupola
Francesco La Grotta (Bari)

15:45 Complicanze nella chirurgia protesica
Mauro Cervigni (Latina)

Discussione **William Bertarini (Genova), Barbara del Bravo (Pisa), Carmen Formisano (Napoli)**

SALA TRITONE

SESSIONE AGEO: EVIDENZE CLINICHE IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA SUL TERRITORIO

LA GESTIONE DELLE PATOLOGIE DEL BTG (Sessione ECM)

Moderatori **Anna Maria Di Cristo (Napoli), Giada Lavitola (Napoli)**

14:30 La genotipizzazione estesa nella gestione dei test di screening anormali nella prevenzione del cervico-carcinoma
Carlo Antonio Liverani (Milano)

14:45 Screening del cervico-carcinoma: pubblico e privato
Claudio Zanardi (Bologna)

15:00 Microbiota vaginale ed infezione da HPV: evidenze attuali e future opportunità
Roberto Senatori (Roma)

Panel: **Concetta Miele (Napoli), Francesco Mollo (Napoli), Domenico Ricciardi (Napoli)**

ALLEATI DELLA PROFESSIONE (Sessione ECM)

15:30 Professionisti al fianco dei medici: supporto, assistenza e semplificazioni
Francesco Mari (Perugia)

15:45 L'evento avverso in ginecologia. Riduzione e coperture assicurative del rischio
Leonardo Martinelli (Milano)

MERCOLEDÌ 15 DICEMBRE 2021

SALA NETTUNO

09.00 / 11.00 **ORMONI E DONNA (Sessione ECM)**
Presidente **Antonio Lanzone (Roma)**
Moderatori **Marco Palumbo (Catania), Aurelio Elberti (Salerno)**

9:00 **Lettura magistrale**
Perché così poca contraccezione in Italia e la scelta contraccettiva nelle fasi della vita
Angelo Cagnacci (Genova)

9:30 Il controllo del rischio trombo-embolico
Giovanni Di Vagno (Bari)

9:45 Contraccezione e rischio oncologico
Valeria Dubini (Firenze)

10:00 La contraccezione di emergenza
Maurizio Guida (Napoli)

10:15 I Larc nella realtà contraccettiva attuale ed il loro valore sociale
Franca Fruzzetti (Pisa)

10:30 Discussione **Mario Rotondi (Sarno – SA), Marina Toschi (Perugia), Lavinia Mosca (Casoria - NA)**

11.30 / 13.30 **ENDOMETRIOSI** (Sessione ECM)
Presidente **Luca Loiudice (Bari)**
Moderatori **Ettore Cicinelli (Bari), Antonino Ditto (Milano)**

11:30 **Lettura magistrale** Terapia chirurgica a tutte le donne?
Marcello Ceccaroni (Negrar – VR)

12:00 Il ritardo diagnostico e la malattia "invisibile"
Mario Malzoni (Avellino)

12:15 Terapia medica: nuovi traguardi
Ludovico Muzii (Roma)

12:30 Endometriosi profonda e dolore pelvico Cronico
Vito Chiantera (Palermo)

12:45 Discussione **Giorgio della Puca (Napoli), Cristian La Rusca (Napoli), Massimiliano Pellicano (Napoli)**

SALA SIRENE

09.00 / 11.00 **PATOLOGIE EMERGENTI** (Sessione ECM)
Presidente **Mario Gallo**
Moderatori **Maurizio Guido (L'Aquila), Pier Luigi Cherchi (Sassari)**

9:00 Lettura Magistrale:
La vaccinazione per le patologie hpv-correlate al tempo del covid-19
Carlo Maria Stigliano (Cosenza)

9:30 Impiego dell'HPV Dna–test dopo diagnosi di infezione
Paolo Cristoforoni (Genova)

9:50 Effetti del Covid 19 in oncologia ginecologica: ritardi nei follow-up
Massimo Origoni (Milano)

10:10 Esiti a distanza di patologie vacolari placentari sul sitema cardio circolatorio della madre e del concepito
Salvatore Mancuso, Giuseppe Benagiano (Roma)

10:40 Discussione **Augusto Campi (Napoli), Alessandro Ghelardi (Massa Carrara), Emmanuel Fiore (Napoli)**

11.30 / 13.30 **CHIRURGIA FETO-NEONATALE** (Sessione ECM)
Presidente **Guido Menato (Torino)**
Moderatori: **Ciro Esposito (Napoli), Alfonso Papparella (Napoli)**

11:30 Lettura Magistrale **Chirurgia Fetale**
Pietro Bagolan (Roma)

12:00 Lettura Magistrale **Chirurgia Neonatale**
Giovanna Riccipetitoni (Pavia)

12:30 Microdelezione dela cromosoma 22 e anomalie dell'arto aortico
Valentina De Robertis, Paolo Volpe (Bari)

13:10 Discussione **Dario Puorto (Caserta), Vincenzo Bottino (Napoli); Antonino Coco (Reggio Calabria)**

SALA ULISSE

09.00 / 11.00 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: Endometriosi** (Sessione NON ECM)
Moderatore **Stefano Palmieri (Castelvortunto – CE), Roberto Carminati (Milano)**
Operatori: Massimiliano Pellicano (Napoli), Nicola Fattizzi, Gabriele Centini (Siena)

11.30 13.30 **AGGIORNAMENTO IN CHIRURGIA: Le Complicanze** (Sessione NON ECM)
Moderatore: **Stefano Angioni (Cagliari), Francesco Legge (Acquaviva delle Fonti – BA)**
Operatori: Eugenio Solima (Milano), Francesco Cosentino (Campobasso), Stefano Uccella (Verona)

SALA TRITONE

9:00 / 11:00 **CHIRURGIA DEL FUTURO (Sessione ECM)**
Presidente: **Alfredo Ercoli (Messina)**
Moderatori: **Vito Cela (Pisa), Vincenzo Maritati (Genova)**

09:00 **Lettura magistrale:** Trent'anni di chirurgia miniinvasiva: cosa è cambiato e cosa cambierà:
Il punto di vista del chirurgo
Francesco Corcione (Napoli)
Il punto di vista del ginecologo
Mauro Busacca (Milano)

09:30 La chirurgia notes
Luigi Stradella (Ischia – NA)

09:45 La chirurgia robotica: stato dell'arte
Vanna Zanagnolo (Milano)

10:00 3D/4D: come orientare la chirurgia
Giovanni Nazzaro (Napoli)

10:15 Trapianto d'utero
Paolo Scollo (Catania)

10:30 Discussione **Giovanni Pomili (Perugia), Laura Giambanco (Erice – TP)**

Programma aggiornato al 29/11. Potrebbe subire variazioni.

07

CONTRIBUTI

Ruolo dell'ecografia nell'emorragia post-partum

Dal Primo Rapporto ItOSS, sulla Sorveglianza della Mortalità Materna (1), pubblicato nel 2019, emerge che l'emorragia post-partum (Epp) rappresenta, in Italia, la prima causa di mortalità materna entro 42 giorni dal parto, attestandosi al 38% del totale delle morti materne dirette. Le principali criticità riscontrate spaziano dal ricorso inappropriato al taglio cesareo, al non adeguato monitoraggio della paziente nell'immediato post-partum e nelle prime 24 ore, dalla scarsa comunicazione tra i professionisti all'incapacità di valutare la situazione clinica, dal ritardo nella diagnosi e nel trattamento alla mancata richiesta in tempi celeri degli emocomponenti e degli emoderivati

BIANCA MASTURZO

Direttore Struttura Complessa – Ostetricia e Ginecologia Ospedale degli Infermi, Ponderano (Biella) Università degli Studi di Torino

CHIARA GERMANO

Dirigente Medico - Ostetricia e Ginecologia Ospedale degli Infermi, Ponderano (Biella) Università degli Studi di Torino

LA TEMPESTIVITÀ NELLA DIAGNOSI e l'efficacia di un trattamento appropriato rivestono un ruolo centrale nella prevenzione dell'Epp. Da tempo, l'ecografia risulta fondamentale nelle situazioni di emergenza; basti pensare alla tecnica Fast (*Focused Assessment with Sonography for Trauma*) utilizzata nei pazienti traumatizzati, con la possibilità di individuare rapidamente le eventuali sedi di emorragia interna e velocizzare i tempi di diagnosi e trattamento. Molte delle cause di emorragia post-partum vengono diagnosticate clinicamente senza l'ausilio di metodiche di imaging; tuttavia, l'estrema versatilità dell'ecografia ha portato, negli ultimi anni, a considerare questa tecnica potenzialmente utile nella gestione della paziente ostetrica con Epp, grazie alla possibilità di individuare rapidamente la causa del sanguinamento insieme all'opportunità di ridurre la perdita ematica supportando un intervento mirato. Nel 2016, il *Royal College of Obstetrics and Gynaecology* ha raccomandato, con livello di evidenza 3, l'utilizzo dell'ecografia pelvica per individuare la ritenzione di materiale placentare nell'emorragia secondaria, sebbene con grado variabile di sensibilità e specificità, compiendo un primo passo a favore della metodica. (2) Nel 2020, l'*America College of Radiology* ha definito l'uso dell'ecografia transaddominale e transvaginale come appropriata in caso di EPP primaria non responsiva ai trattamenti di prima linea. (3) La Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica (Sieog) nelle ultime linee guida pubblicate nel 2021, ha sintetizzato le diverse raccomandazioni internazionali, non raccomandando, al momento, l'utilizzo routinario della metodica ecografica in caso di emorragia primaria, in quanto non vi sono ancora evidenze che l'ecografia migliori gli esiti materni (4).

Nonostante la mancanza di forti evidenze, se prendiamo in considerazione le diverse cause di Epp, riassunte della Regola delle 4T, ovvero Tono, Trauma, Tessuto e Trombina, notiamo che in tre di queste, l'ecografia potrebbe essere un valido supporto nella diagnosi e nel trattamento.

Nell'atonia uterina (**Tono**), causa più frequente di Epp, l'ecografia può essere utile per valutare la cavità uterina. Alcuni autori hanno dimostrato che la misurazione della distanza fondo-istmo e lo spessore dei coaguli ritenuti >2 cm correlano con una perdita di emoglobina >3 g/dl a due giorni dal parto (5). Per quanto riguarda il trattamento dell'atonia uterina, in caso di mancata risposta alla terapia medica di prima linea e dopo aver escluso la presenza di materiale ritenuto e danni tissutali, si procede a posizionamento di balloon emostatico. Questa operazione può essere eseguita sotto guida ecografica, al fine di facilitare il corretto posizionamento del catetere. L'inserimento del balloon emostatico sotto guida ecografica potrebbe ridurre inoltre il rischio di traumatismi iatrogeni a carico della parete uterina atonica, con rischio di perforazione della stessa.

Sebbene con grado variabile di specificità e sensibilità, è stato riconosciuto che l'ecografia è in grado di diagnosticare la ritenzione di materiale all'interno della cavità uterina (**Tessuto**). La metodica può associarsi alla dopplerflussimetria per valutare la presenza di accretismo placentare, contraddistinto da caratteristiche ecografiche specifiche quali l'iperecogenicità e la disomogeneità tissutale, la presenza di lacune vascolari, l'assenza di spazio iperecogeno retroplacentare, una discontinuità dell'interfaccia placento-parietale, la presenza di vasi che attraversano l'interfaccia e una vascolarizzazione placentare irregolare. La possibilità di diagnosticare un'area di accretismo dopo un secondamento permette una gestione conservativa di tale condizione clinica. Come raccomandato dalle Linee Guida Italiane per la gestione dell'Epp (6), la zona di accretismo può essere lasciata in situ e rimossa solo successivamente, riducendo il rischio di peggioramento del quadro di emorragia a seguito di manovre di rimozione forzata di aree accrete di placenta. La dopplerflussimetria permettere altresì di diagnosticare le malformazioni artero-venose (Mav), caratterizzate da una massa ipoecogena miometriale con un pattern dopplerflussimetrico a mosaico, flusso turbolento e una velocità di picco sistolico mediamente >60cm/sec. La diagnosi di Mav dovrebbe sconsigliare la scelta di una revisione della cavità uterina, al fine di evitare massivi sanguinamenti conseguenti al traumatismo di vasi arteriosi contenuti nella MAV. Un recente studio ha segnalato l'ecografia, attraverso la valutazione seriata dello spessore endometriale durante il secondamento, potrebbe prevedere un'emorragia secondaria, grazie all'individuazione di un pattern anomalo di modificazioni dello spessore miometriale (7). Infine, in caso si scelga di eseguire una revisione della cavità uterina, il Royal College propone, con livello di raccomandazione 3, ove possibile di effettuare la procedura sotto guida ecografica (2).

In caso vengano escluse le cause tissutali o l'atonia e la paziente presenti una emorragia massiva o segni e sintomi di shock ipovolemico senza segni di emorragia esterna, è necessario pensare ad una terza causa di Epp, il **Trauma**, che include le lacerazioni perineali, oltre alla rottura d'utero con emorragia interna e gli ematomi intra e retroperitoneali. Anche in questo caso l'ecografia può venire in soccorso del clinico, grazie alla possibilità di individuare raccolte ematiche liquide o coaguli in sede retrovaginale (Eco-TV) o intra-addominale (Eco-TA, Eco-Fast), come anche la discontinuità della parete uterina nella rottura d'utero.

In conclusione, sebbene non vi siano ad oggi né raccomandazioni all'uso routinario dell'ecografia in caso di emorragia, né evidenze che il ricorso all'ecografia migliori gli esiti materni, nel caso in cui la sala parto disponga di un ecografo dedicato, l'ecografia può essere utilizzata a scopo diagnostico, per distinguere il tipo di materiale ritenuto e valutare la comparsa di ematomi nel canale del parto o la presenza di emorragie interne e allo stesso tempo può essere un ausilio al trattamento, guidando il secondamento, la revisione della cavità uterina e l'inserimento del pallone emostatico.

BIBLIOGRAFIA

1. Primo Rapporto ItOSS. Sorveglianza della mortalità materna. A cura di Stefania Dell'Oro, Alice Maraschini, Ilaria Lega, Paola D'Aloja, Silvia Andreozzi e Serena Donati. 2019, xiii, 69 p
2. RCOG, Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (Green-top Guideline No. 52), 2016
3. Expert Panel on GYN and OB Imaging, Uyeda JW, George E, Reinhold C, Akin EA, Ascher SM, Brook OR, Henrichsen TL, Henwood PC, Learman LA, Maturen KE, Patlas MN, Robbins JB, Sadowski EA, Saphier C, Wall DJ, Glanc P. ACR Appropriateness Criteria® Postpartum Hemorrhage. J Am Coll Radiol. 2020 Nov;17(11S):S459-S471. doi: 10.1016/j.jacr.2020.09.011. PMID: 33153557.
4. SNLG-ISS, SIEOG, Ecografia Ostetrica e Ginecologica: indicazioni e modalità di esecuzione, novembre 2021
5. Hcini N, Mchirgui A, Pomar L, Beneteau S, Lambert V, Carles G. Early Prediction of Blood Loss and Postpartum Hemorrhage after Vaginal Delivery by Ultrasound Measurement of Intrauterine Content. Ultrasound Med Biol. 2020 Nov;46(11):3145-3153. doi: 10.1016/j.ultrasmedbio.2020.07.017. Epub 2020 Aug 12. PMID: 32800472
6. SNLG-ISS "Emorragia postpartum: come prevenirla, come curarla. 2016. Aggiornamento 2020
7. Patwardhan M, Hernandez-Andrade E, Ahn H, Korzeniewski SJ, Schwartz A, Hassan SS, Romero R. Dynamic Changes in the Myometrium during the Third Stage of Labor, Evaluated Using Two-Dimensional Ultrasound, in Women with Normal and Abnormal Third Stage of Labor and in Women with Obstetric Complications. Gynecol Obstet Invest. 2015;80(1):26-37. doi: 10.1159/000370001. Epub 2015 Jan 28. PMID: 25634647; PMCID: PMC4536955.

08

CONTRIBUTI

Fattori di rischio e predittività del parto pretermine

IRENE CETIN
Professore ordinario Università degli Studi di Milano e Direttore del Dipartimento Gestionale "Donna, Mamma e Neonato" – Asst Fatebenefratelli Sacco

ROBERTA MILAZZO
Scuola di specializzazione di Ostetricia e ginecologia, Ospedale Buzzi, Università degli Studi di Milano

INTRODUZIONE

Il parto pretermine, che avviene prima delle 37 settimane di gestazione, complica il 5-18% delle gravidanze a livello globale ed è una delle principali cause di morbilità e mortalità perinatale nel mondo (WHO, CDC)

LA NASCITA PREMATURA rappresenta un importante fattore di rischio per diverse morbilità neonatali in particolare per infezioni nei primi giorni di vita e, più tardivamente, per alterazioni dello sviluppo neurologico, cardiometabolico ed infiammatorio (Arpino 2010; Goedicke Fritz 2019; Markopoulou 2019).
Nel 50% dei casi il travaglio pretermine insorge spontaneamente, nel 30% in seguito a rottura prematura pretermine delle membrane e nel 20% dei casi il parto viene indotto o espletato in presenza di condizioni ostetriche, materne e/o fetali in cui la prosecuzione della gravidanza comporta un rischio non accettabile per la salute della madre e/o del feto.
Il parto pretermine rappresenta una sindrome complessa ad eziologia multifattoriale (Frey 2016), esso rientra tra le grandi sindromi ostetriche alla base delle quali si riscontra la presenza di aumentati livelli di infiammazione. Tuttavia, le conoscenze in merito alla complessa patogenesi del parto pretermine sono ancora scarse e questo spiega anche la limitata disponibilità di strategie efficaci per la sua prevenzione. Pertanto, come si può immaginare, i principali obiettivi su cui si concentra la ricerca sono proprio mirati ad una più approfondita conoscenza dei meccanismi che conducono ad una nascita prematura e di conseguenza agli strumenti che ci permettano di predirla.

FATTORI DI RISCHIO

L'IDENTIFICAZIONE precoce di donne a rischio di parto pretermine rappresenta uno degli obiettivi più importanti dell'assistenza prenatale: consentire il trasferimento precoce in utero in centri di terzo livello per le cure perinatali, somministrare corticosteroidi in maniera appropriata, somministrare magnesio solfato per la neuroprotezione fetale e utilizzare una eventuale terapia antibiotica in caso di infezione, rappresentano tutti fattori che ci permettono di migliorare nel complesso gli esiti perinatali.
Diversi sono i fattori di rischio di parto pretermine ormai ben riconosciuti (Figura 1); tuttavia, una gran parte di parti prematuri rimane senza una causa sottostante identificabile.
Molti paesi hanno riportato un aumento dei tassi di parto pretermine negli ultimi anni. In Italia dai dati del CeDAP del 2018 risulta una percentuale di parti pretermine pari al 6,9%, in aumento rispetto al 6,5% riportato nel 2005. In particolare, l'aumento di gravidanze gemellari, associate a tecniche di procreazione medicalmente assistita o all'avanzamento dell'età materna alla ricerca della gravidanza, gioca un ruolo importante in questo dato in aumento (Europeristat 2015).
Inoltre, da una recente metanalisi di Menzies et al. è emerso come un pregresso parto pretermine in una gravidanza gemellare è associato ad un aumentato rischio in una successiva gravidanza singola, che cresce al diminuire dell'epoca gestazionale al parto della pregressa gravidanza gemellare (Menzies 2020).
Il riscontro anamnestico di un precedente parto prematuro rappresenta il più importante fattore di rischio di ricorrenza, aumentando il rischio in una successiva gravidanza di circa 1.5-2 volte (Bloom 2001; Esplin 2008; Spong 2007). Inoltre, è importante sottolineare come il rischio di ricorrenza aumenti proporzionalmente al numero e all'epoca gestazionale degli eventi precedenti (Mercer 1995; McManemy 2007; Laughon 2013).
Altro fattore associato ad un aumentato rischio di parto prematuro è rappresentato dal riscontro all'ecografia trasvaginale di una cervicometria ridotta (Mella 2009; Hassan 2011), così definita quando inferiore ai 25 mm: questo è il cutoff al di sotto del quale è stato valutato un aumento del rischio di parto prematuro nelle popolazioni sottoposte a screening (Crane 2008).
Fattori di rischio aggiuntivi che sono stati proposti includono aspetti della storia ostetrica e ginecologica della paziente (es. storia di pregressa chirurgia cervicale (Jakobbson 2008; Sadler 2004), un breve intervallo di tempo tra le gravidanze (Zhu 2005)), fattori legati alla gravidanza in atto (in particolare batteriuria asintomatica, infezioni del tratto genitale e malattia parodontale) (Klein 2005; Offenbacher 2009; Michalowicz 2006; Macones 2010; Ren 2017; Newnham 2009) e fattori materni (es. un basso Body Mass Index (BMI) pregravidico (Hickey 1997; Zhong 2010), il fumo di sigaretta (Lumley 2009; Polakowski 2009), la carenza di vitamina D (Qin 2017).
Pertanto, nella popolazione a rischio, è importante attuare precoci interventi relativi da un lato alle modificazioni dello stile di vita (come la cessazione del fumo di sigaretta, il trattamento di comorbidità materne sottostanti, il raggiungimento di un BMI adeguato), dall'altro la somministrazione di progesterone e la valutazione della lunghezza cervicale nel secondo trimestre nelle donne con storia di parto pretermine, sono stati associati ad una riduzione del tasso di parto prematuro (Wallace 2017; Colicchia 2016; Berghella 2017; Son 2016).

PREDITTIVITÀ DEL PARTO PRETERMINE

LA POSSIBILITÀ di predire un parto pretermine è fondamentale per indentificare le donne ad alto rischio e per pianificarne la corretta gestione in gravidanza.
Sappiamo come il rischio di parto prematuro ad insorgenza spontanea aumenta con il ridursi della lunghezza della cervice uterina (Iams 1996). La misura ecografica della cervicometria è un metodo affidabile e riproducibile rispetto alla visita digitale (Sonek 1990) (Figura 2) ed è attualmente il più forte predittore clinico di parto pretermine nelle donne asintomatiche (Son 2017; Surveillance report 2017).
Diversi biomarkers materni risultano associati al parto pretermine e molte sono state le revisioni sistematiche della letteratura che hanno tentato di accertare il loro ruolo nella predittività del parto pretermine. Tuttavia, il numero ristretto di tali revisioni, le

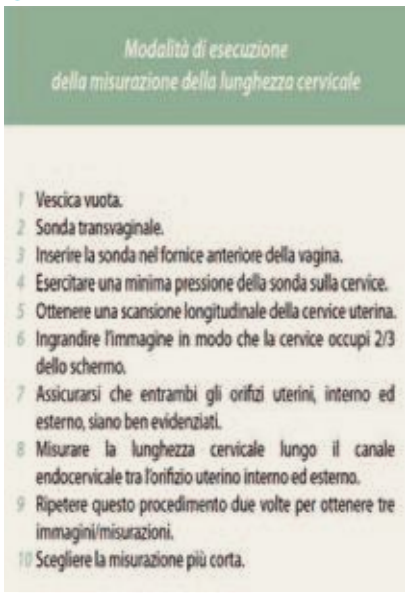
FIGURA 1
Principali fattori di rischio per parto prematuro.

FIGURA 2
Modalità di esecuzione della misurazione della lunghezza cervicale, Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) 2016.

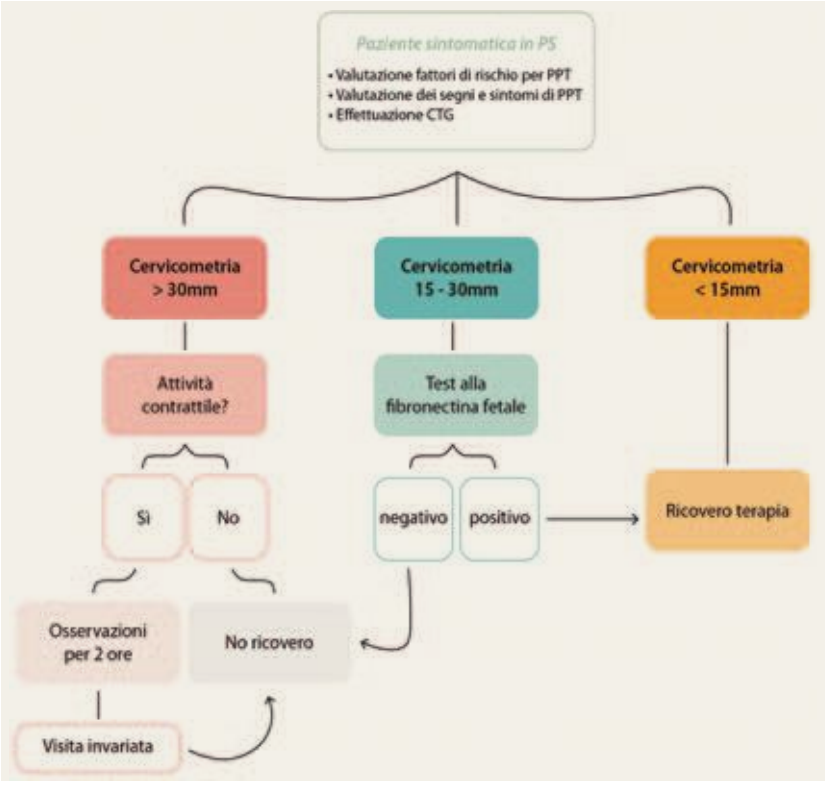
FIGURA 3
Algoritmo diagnostico-interventistico per la paziente sintomatica per parto prematuro, linee guida SIGO, AOGOI, AGUI 2016.

1

2



3



differenze nei criteri di inclusione, nell'età gestazionale alla valutazione e nella definizione degli esiti hanno precluso una quantificazione esauriente del loro ruolo predittivo (Lucaroni 2018). Di tutti i biomarkers analizzati, sicuramente la fibronectina fetale (FNF) ha mostrato la più forte associazione con l'insorgenza del parto prematuro.
La FNF è una glicoproteina prodotta dal corion con una funzione di collante tra la placenta, le membrane amnio-coriali e la decidua. Normalmente si ritrova nelle secrezioni cervico-vaginali fino a 16 settimane di gestazione, risulta assente in epoche successive, per poi ricomparire a termine di gravidanza quando iniziano i prodromi di travaglio.
Essa è considerata un marker dell'alterazione dell'interfaccia deciduo-coriale e viene utilizzata come test per escludere il rischio di parto pretermine piuttosto che per identificarlo, dato che è stato dimostrato che il suo potere predittivo negativo è molto maggiore di quello positivo nel predire un parto entro 7-14 giorni (Honest 2009; Deshpande 2013). In particolare, migliora il potere predittivo di quei valori cervicometrici inconclusivi (15-30 mm) riuscendo ad evitare circa il 15% di ospedalizzazioni e trattamenti non necessari (Bruijn 2016; Ness 2007).
L'evidenza di una recente review suggerisce che la gestione delle pazienti basata sull'esito del test della FNF è però ancora limitata in quanto le prove sono risultate di bassa qualità (Berghella 2019).

CONCLUSIONI

ATTUALMENTE non abbiamo strumenti in grado di predire con certezza quali donne andranno incontro ad un parto prematuro e ulteriori ricerche saranno necessarie per identificare quelle donne che beneficerebbero di cure profilattiche. Non siamo in possesso di un biomarker con sensibilità e affidabilità tale da predire l'insorgenza spontanea di un parto pretermine e che ci permetta di diminuire i tassi di ospedalizzazioni e di trattamenti non necessari. Tuttavia, l'identificazione precoce in gravidanza, o ancor prima di questa, dei fattori di rischio per parto prematuro è essenziale, dal momento che interventi precoci possono effettivamente ridurre il rischio per queste pazienti (Koullali 2016). Fattori di rischio materni, markers ecografici e biomarcatori (nel siero materno, del liquido amniotico o del fluido cervicale) sono stati definiti dagli studi in letteratura di variabile efficacia nel predire il parto prematuro, sebbene non esista un metodo di routine raccomandato per lo screening del parto pretermine in donne asintomatiche a basso rischio.
La misurazione della lunghezza cervicale mediante ecografia transvaginale rappresenta ad oggi l'unico strumento *cost-effective* da utilizzare invece in donne con storia o sintomi sospetti per parto prematuro (Figura 3).

Bibliografia su richiesta

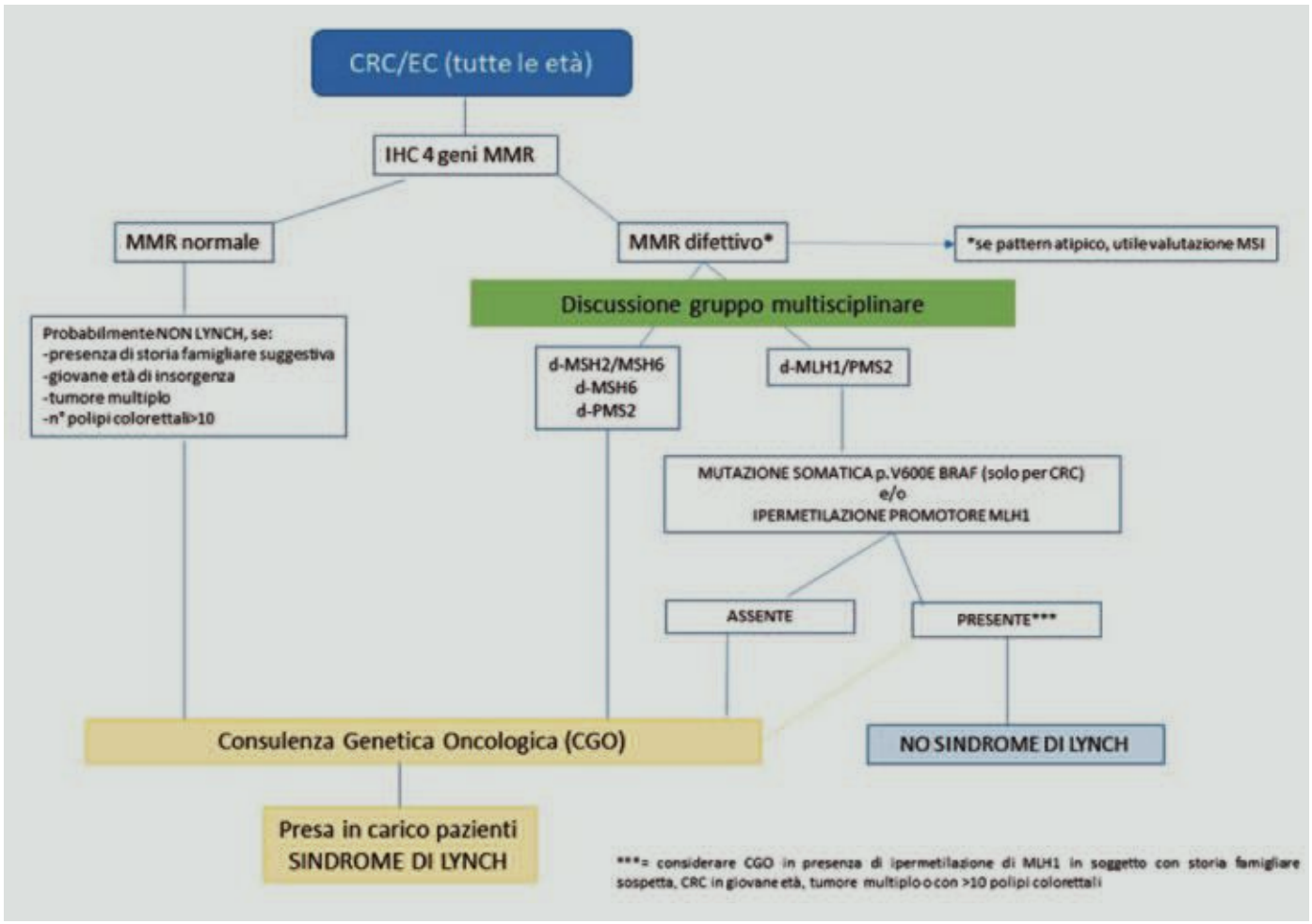
09

CONTRIBUTI

Raccomandazioni

per l'implementazione del test universale su carcinomi colorettali ed endometriali per l'identificazione della Sindrome di Lynch

FIGURA 1. *Flow-chart*



Nell'ambito del programma del gruppo di studio Giss la Sigo ha partecipato attraverso Vito Trojano alla compilazione delle raccomandazioni sulla sindrome di Lynch stilate con la collaborazione di tutte le società scientifiche del settore Aifeg, Aiom, Aisp, Cipomo, Comu, Ficog, Gipad e Siapec-Iap, Giscad, Sige, Sigu, Sied, Simg, Cittadinanza Attiva e Mutagens

VITO TROJANO
Direttore U.O.C. Ginecologia e Prevenzione Ginecologica Irccs-Ospedale Oncologico, Bari

PREMESSA

La forma di predisposizione ereditaria ai tumori colorettali più comune è la sindrome di Lynch (SL), che ha una incidenza del 2.8% tra i pazienti con una nuova diagnosi di cancro colorettale (Ccr) e 2-5% tra i pazienti con diagnosi di cancro dell'endometrio (CE) (1)(2) (3).
La SL (ORPHA 144) è una condizione ereditaria associata ad un aumento di rischio di sviluppare nell'arco della vita diversi tipi di neoplasie, principalmente Ccr e CE ed è causata da varianti patogenetiche dei geni coinvolti nel riparo da MisMatch del Dna (geni Mmr), in particolare Mlh1, Pms2, Msh2 e Msh6.
Nel 2017 Win e collaboratori riportano una frequenza di portatori di varianti patogenetiche dei geni Mmr nella popolazione generale pari a 1 su 279 (4)
I tumori dei soggetti affetti da SL hanno un difetto del sistema Mmr, che si manifesta come instabilità dei microsatelliti (5) e/o assenza di espressione di almeno una delle proteine Mmr. L'instabilità dei microsatelliti e il difetto di espressione immunoistochimico dei geni Mmr sono due marcatori intercambiabili: la letteratura segnala infatti una concordanza tra i due marcatori superiore al 94% sia nei Ccr (6)(7) che nei CE(8) (9).
Numerose evidenze dimostrano l'efficacia della prevenzione nei soggetti portatori di una variante patogenetica dei geni Mmr, affetti quindi dalla SL e ad alto rischio oncologico (10).
L'approccio preventivo prevede in primo luogo l'identificazione dei pazienti oncologici affetti da SL mediante l'uso di appropriati test genetici costituzionali eseguiti su sangue periferico e successivamente l'identificazione dei familiari sani portatori della stessa variante genetica utilizzando i test genetici a cascata. Tutti i familiari portatori della variante patogenetica sono poi candidati a protocolli di prevenzione personalizzati finalizzati alla diagnosi precoce e alla riduzione del rischio oncologico.
La programmazione di una sorveglianza intensiva con colonscopie può ridurre le morti Mmr-correlate nei soggetti di ambo i sessi affetti da SL (11).
La chirurgia profilattica è invece il mezzo più efficace per la riduzione del rischio di cancri ginecologici (CE, carcinoma ovarico) (9) (12)
Diversi studi hanno dimostrato che questo mo-

CONTRIBUTI / SINDROME DI LYNCH

dello di prevenzione applicato ai soggetti ad alto rischio è costo efficace (13) (14, 15).
Gli screening della popolazione generale per Ccr spesso falliscono nell'identificazione precoce di questa neoplasia inoltre non sono applicabili ad una popolazione giovane: in Italia lo screening di popolazione per Ccr viene proposto a tutti i soggetti con età tra 50 e 69 anni (Ministero della Salute) e lo screening per le neoplasie ginecologiche riguarda solo i cancri Hpv correlati (Ministero della Salute) che non fanno parte dello spettro neoplastico della LS.
La popolazione di età <50 anni, che in genere è particolarmente colpita nelle famiglie con SL, non è inclusa nelle strategie di screening della popolazione generale italiana.
L'identificazione delle famiglie con SL è avvenuta storicamente utilizzando criteri clinici quali Amsterdam e Bethesda (16)(17, 18) basati essenzialmente sulla storia familiare e sulla precoce età di insorgenza dei tumori SL correlati. La sensibilità di tale approccio si è dimostrata ridotta: Hampel e collaboratori (2, 19) hanno infatti dimostrato che circa il 28% di SL non vengono identificate dai criteri clinici e che circa il 20% dei pazienti SL sviluppano neoplasie in età >60 anni.
Considerando il beneficio dell'identificazione della sindrome e la scarsa sensibilità dei criteri clinici, in molti paesi Usa ed europei è stato proposto l'uso di test universali per implementare l'identificazione dei soggetti con SL.
La tipologia di screening considerata da diversi Stati come la più efficace è quella di utilizzare l'analisi immunoistochimica dei geni Mmr come marcatore su tutti i nuovi casi di Ccr (13) (14)(20) e di CE (9)
In base all'esito e alle caratteristiche della storia personale e familiare, l'uso del test universale eseguito sul tumore (test somatico) prevede poi un percorso di Consulenza Genetica Oncologica (Cgo) per stabilire l'eleggibilità a specifici test genetici costituzionali al fine di identificare correttamente i soggetti portatori di varianti Mmr patogenetiche affetti dalla sindrome di Lynch e successivamente i loro familiari utilizzando test genetici a cascata.

> Solo Lombardia e Campania con recenti decreti hanno raccomandato l'uso dell'analisi immunoistochimica dei geni Mmr su tutti i nuovi casi di cancro colorettale come test universale per identificare la sindrome di Lynch

Il test somatico identifica i Ccr e CE con difetto dei geni Mmr, tuttavia, circa il 70% dei pazienti con Ccr e/o con CE Mmr difettivi non sono affetti da LS (5), ma hanno un cancro originato da alterazioni somatiche acquisite dei geni Mmr, mutazioni genetiche o difetti epigenetici, in particolare ipermetilazione del promotore del gene Mlh1.
È quindi importante differenziare i Ccr e CE con difetto Mmr non ereditari da quelli Lynch correlati. A questo scopo è possibile utilizzare test somatici, in particolare l'analisi della mutazione V600E del gene Braf (21) e l'analisi della metilazione del promotore del gene Mlh1. Entrambi i test sono utilizzati per i Ccr mentre per il CE è utile solo l'analisi della metilazione del promotore di Mlh1 (22). La presenza della mutazione Braf V600E in Ccr che non esprimono la proteina Mlh1 è pressoché invariabilmente associata a ipermetilazione del promotore di Mlh1; pertanto essa indica che il difetto Mmr è di natura somatica ed epigenetica. Le mutazioni somatiche di BRAF sono invece rare nel CE, per cui questo parametro non può essere usato come marcatore surrogato di metilazione nei casi che non esprimono Mlh1. Il test di metilazione del promotore Mlh1 viene quindi usato nei Ccr negativi per mutazione Braf V600E e nei CE, quando l'analisi immunoistochimica ha evidenziato alterata espressione della proteina Mlh1 e la storia familiare non è suggestiva per una sindrome di suscettibilità ereditaria.
Oggi la determinazione della mutazione V600E del gene Braf è possibile anche con un test di immunoistochimica a basso costo, che ha mostrato una buona concordanza con i risultati molecolari e immunostochimici (23).
La situazione italiana riguardo all'uso del test universale è molto variegata: solo Lombardia e Campania con recenti decreti (Ruling n. 4498, 6 marzo 2015 Regione Lombardia e n. 100 del 6 Dicembre 2019 per Regione Campania) hanno raccomandato l'uso dell'analisi immunoistochimica dei geni Mmr su tutti i nuovi casi di cancro colorettale come test universale per identificare la sindrome di Lynch.
Altre Regioni suggeriscono questa strategia senza formalizzare con decreto l'uso del test universale. In ogni caso, la maggior parte dei centri di riferimento italiani per la cura del cancro colorettale utilizzano il test universale in modo spontaneo, spesso senza valutare il coordinamento con il successivo percorso di Consulenza Genetica Oncologica indispensabile per giungere alla corretta diagnosi di SL e alla presa in carico dei

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Hampel H, Frankel WL, Martin E, Arnold M, Khanduja K, Kuebler P, et al. Feasibility of screening for Lynch syndrome among patients with colorectal cancer. J Clin Oncol 2008;26(35):5783-8.
2. Hampel H, Frankel WL, Martin E, Arnold M, Khanduja K, Kuebler P, et al. Screening for the Lynch syndrome (hereditary nonpolyposis colorectal cancer). N Engl J Med 2005;352(18):1851-60.
3. Mills AM, Longacre TA. Lynch Syndrome: Female Genital Tract Cancer Diagnosis and Screening. Surg Pathol Clin 2016;9(2):201-14.
4. Win AK, Jenkins MA, Dowty JG, Antoniou AC, Lee A, Giles GG, et al. Prevalence and Penetrance of Major Genes and Polygenes for Colorectal Cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2017;26(3):404-412.
5. Haraldsdottir S, Hampel H, Tomsic J, Frankel WL, Pearlman R, de la Chapelle A, et al. Colon and endometrial cancers with mismatch repair deficiency can arise from somatic, rather than germline, mutations. Gastroenterology 2014;147(6):1308-1316 e1.
6. Baudhuin LM, Burgart LJ, Leontovich O, Thibodeau SN. Use of microsatellite instability and immunohistochemistry testing for the identification of individuals at risk for Lynch syndrome. Fam Cancer 2005;4(3):255-65.
7. Signoroni S, Tibiletti MG, Ricci MT, Milione M, Perrone F, Pensotti V, et al. Performance of tumor testing for Lynch syndrome identification in patients with colorectal cancer: A retrospective single-center study. Tumori 2018:300891618792460.
8. Carnevali I, Libera L, Chiaravalli A, Sahnane N, Furlan D, Viel A, et al. Somatic Testing on Gynecological Cancers Improve the Identification of Lynch Syndrome. Int J Gynecol Cancer 2017;27(7):1543-1549.
9. Crosbie EJ, Ryan NAJ, Arends MJ, Bosse T, Burn J, Cornes JM, et al. The Manchester International Consensus Group recommendations for the management of gynecological cancers in Lynch syndrome. Genet Med 2019;21(10):2390-2400.
10. Seppala TT, Ahadova A, Dominguez-Valentin M, Macrae F, Evans DG, Therkildsen C, et al. Lack of association between screening interval and cancer stage in Lynch syndrome may be accounted for by over-diagnosis; a prospective Lynch syndrome database report. Hered Cancer Clin Pract 2019;17:8.
11. Moller P, Seppala T, Bernstein I, Holinski-Feder E, Sala P, Evans DG, et al. Cancer incidence and survival in Lynch syndrome patients receiving colonoscopic and gynaecological surveillance: first report from the prospective Lynch syndrome database. Gut 2014.
12. Crosbie EJ, Ryan NAJ, McVey RJ, Lalloo F, Bowers N, Green K, et al. Assessment of mismatch repair deficiency in ovarian cancer. J Med Genet 2020.
13. Newland A. Molecular testing strategies for Lynch syndrome in people with colorectal cancer (DG27). Nice Guidance. In; 2017.
14. Mvundura M, Grosse SD, Hampel H, Palomaki GE. The cost-effectiveness of genetic testing strategies for Lynch syndrome among newly diagnosed patients with colorectal cancer. Genet Med 2010;12(2):93-104.
15. Ladabaum U, Wang G, Terdiman J, Blanco A, Kuppermann M, Boland CR, et al. Strategies to identify the Lynch syndrome among patients with colorectal cancer: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 2011;155(2):69-79.
16. Vasen HF, Watson P, Mecklin JP, Lynch HT. New clinical criteria for hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC, Lynch syndrome) proposed by the International Collaborative group on HNPCC. Gastroenterology 1999;116(6):1453-6.
17. Vasen HF, Moslein G, Alonso A, Bernstein I, Bertario L, Blanco I, et al. Guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (hereditary non-polyposis cancer). J Med Genet 2007;44(6):353-62.

soggetti ad alto rischio oncologico ai fini della riduzione del rischio stesso.
Lo scopo di queste raccomandazioni è quello di promuovere il percorso di identificazione della sindrome di Lynch attraverso l'uso del test di immunoistochimica delle proteine Mmr universale in modo da poter attuare una efficace identificazione dei soggetti affetti da SL e dei loro familiari ad alto rischio oncologico a cui una adeguata prevenzione.

TEST UNIVERSALE MEDIANTE ANALISI IMMUNOISTOCHIMICA DELLE PROTEINE MMR

Alla luce di queste premesse Aifeg e tutte le Società Scientifiche coinvolte che si occupano dell'argomento **promuovono** l'uso del test universale su tutti i pezzi operatori e/o biopsie di Ccr e di CE per identificare attraverso una flow-chart condivisa e aderente alle linee guida internazionali (Figura 1) i pazienti affetti da LS e i loro familiari ad alto rischio oncologico.
Anche in Italia l'analisi immunoistochimica in generale è una tecnica diffusa in tutte i laboratori di Anatomia Patologica e tale analisi applicata ai geni Mmr è un test semplice a basso costo e validato da controlli di qualità riconosciuti a livello europeo; per questi motivi l'analisi immunoistochimica delle 4 proteine del Mmr rappresenta il test elettivo anche nel nostro paese per uno screening universale su entrambe le neoplasie.
I test immunoistochimici utili a tale scopo devono comprendere l'espressione dei 4 geni Mmr: Mlh1, Pms2, Msh2 e Msh6. Il risultato del test di immunoistochimica delle proteine Mmr deve essere refertato contestualmente al referto istologico e deve riportare chiaramente la presenza o assenza di espressione delle proteine indagate.
Si definisce un cancro Mmr difettivo quando almeno una delle 4 proteine non è espressa.

Al fine di escludere dal percorso la quota di Ccr e EC Mmr difettivi non ereditari, nei campioni risultati Mmr difettivi non esprimenti le proteine Mlh1 e Pms2 va effettuato test somatico reflex per la determinazione della mutazione V600E di Braf nel caso dei Ccr e dello stato di metilazione del promotore Mlh1 per gli EC. Anche nei Ccr negativi per la mutazione Braf si procede poi all'analisi di metilazione Mlh1 se esclusa una storia familiare suggestiva per SL
Il test di metilazione del promotore di Mlh1 ad oggi non è un test consolidato in tutti i laboratori, tuttavia questo test è utile per escludere dal percorso di Cgo una importante quota di Crc e di CE non ereditari (25) e ridurre il carico di lavoro della Cgo.

LA CONDIZIONE DI CANCRO CON DIFETTO MMR DEVE ESSERE ACCOMPAGNATA DAL SEGUENTE COMMENTO:
l risultato dell'analisi immunoistochimica delle proteine Mmr *pone indicazione, nell'ambito della presa in carico della patologia alla Consulenza Genetica Oncologica.*

Poiché l'obiettivo finale del test universale è di attuare una corretta prevenzione ai pazienti portatori di varianti patogenetiche dei geni Mmr e ad alto rischio oncologico, il percorso di identificazione dei Crc e CE Mmr difettivi deve essere collegato al percorso di Cgo che identifica i soggetti affetti da LS attraverso l'uso di appropriati test genetici costituzionali e all'organizzazione della presa in carico dei soggetti mutati ad alto rischio oncologico. Per attuare correttamente tale percorso è importante instaurare una collaborazione multidisciplinare che includa Genetisti, Anatomo-patologi, Chirurghi, Oncologi, Endoscopisti e Ginecologi attraverso l'inserimento della flow-chart nel percorso diagnostico terapeutico di ogni centro.
Si sottolinea, al proposito, la necessità di definire percorsi aziendali in cui vengano indicate, in modo chiaro per i pazienti ed i loro familiari, le funzioni e le responsabilità dell'équipe oncologica, del laboratorio e dell'équipe di genetica oncologica nelle varie fasi del percorso individuato.
In assenza di standard riconosciuti, si evidenzia l'opportunità di promuovere una presa in carico dei pazienti in centri di riferimento che abbiano maturato una robusta esperienza nel trattamento e cura dei pazienti affetti da carcinoma correlati alla sindrome di Lynch e di sottoporre tali percorsi ad una verifica mediante audit programmati, in un'ottica di miglioramento della qualità delle prestazioni offerte. È compito delle strutture riconosciute attribuire ai soggetti portatori di varianti patogenetiche dei geni Mmr e affetti da SL il codice adeguato di esenzione per tale malattia genetica ereditaria affinché venga offerto gratuitamente il programma di prevenzione proposto.

> È compito delle strutture riconosciute attribuire ai soggetti portatori di varianti patogenetiche dei geni Mmr e affetti da SL il codice adeguato di esenzione per tale malattia genetica ereditaria affinché venga offerto gratuitamente il programma di prevenzione proposto

CONSENSO INFORMATO

Con riferimento alla valutazione delle proteine del Mmr e in considerazione del rinnovo delle autorizzazioni generali al trattamento dei dati sensibili e genetici da parte del garante della privacy in data 11.12.2014 è opportuno ai fini di non incorrere in eventuali irregolarità, inserire nel consenso informato relativo all'intervento chirurgico per Ccr e CE la seguente frase o un suo analogo: "...acconsento inoltre ad effettuare sul mio campione operatorio indagini aggiuntive il cui risultato potrebbe dare indicazioni circa una possibile natura ereditaria della patologia di cui sono portatore. Sono consapevole che la conoscenza di questo dato riferito alla possibile ereditarietà della patologia permette un miglior percorso terapeutico ...".

1. **ATTIVAZIONE** in tutte le Anatomie Patologiche del test di immunoistochimica per l'espressione dei geni Mmr su tutti i carcinomi colorettali e dell'endometrio consecutivi
2. **INTEGRAZIONE** nel referto istologico dei risultati e segnalazione nei casi Mmr difettivi della necessità di approfondimento mediante Consulenza Genetica Oncologica
3. **IDENTIFICAZIONE** del servizio di Consulenza Genetica Oncologica dove riferire i pazienti con Ccr e/o CE Mmr difettivi e sospetti per Sindrome di Lynch nel proprio ente o in collaborazione/convenzione con il proprio ente
4. **IDENTIFICAZIONE** all'interno di ciascun Ente di un percorso multidisciplinare di presa in carico condiviso tra gli specialisti coinvolti

Tutte le Società scientifiche coinvolte si augurano che anche il nostro paese possa avere una direttiva nazionale in tal senso, al fine di non creare disparità sul territorio per l'identificazione della sindrome di Lynch, patologia NON rara considerato il dato di prevalenza dei portatori di 1:279 e per la quale è stato dimostrato un chiaro costo beneficio in termini di sopravvivenza se è applicata una corretta prevenzione. Inoltre è auspicabile che la strategia proposta possa essere estesa ad altre neoplasie coinvolte nella sindrome di Lynch quali carcinoma ovarico, carcinoma del pancreas, carcinomi delle vie urinarie.

18. Vasen HF, Blanco I, Aktan-Collan K, Gopie JP, Alonso A, Aretz S, et al. Revised guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (HNPCC): recommendations by a group of European experts. Gut 2013;62(6):812-23.

19. Hampel H. Point: justification for Lynch syndrome screening among all patients with newly diagnosed colorectal cancer. J Natl Compr Canc Netw 2010;8(5):597-601.

20. Heald B, Plesec T, Liu X, Pai R, Patil D, Moline J, et al. Implementation of universal microsatellite instability and immunohistochemistry screening for diagnosing lynch syndrome in a large academic medical center. J Clin Oncol 2013;31(10):1336-40.

21. Giardiello FM, Allen JI, Axilbund JE, Boland CR, Burke CA, Burt RW, et al. Guidelines on genetic evaluation and management of Lynch syndrome: a consensus statement by the US Multi-Society Task Force on colorectal cancer. Gastroenterology 2014;147(2):502-26.

22. Mills AM, Longacre TA. Lynch Syndrome Screening in the Gynecologic Tract: Current State of the Art. Am J Surg Pathol 2016;40(4):e35-44.

23. Toon CW, Walsh MD, Chou A, Capper D, Clarkson A, Sioson L, et al. BRAFV600E immunohistochemistry facilitates universal screening of colorectal cancers for Lynch syndrome. Am J Surg Pathol 2013;37(10):1592-602.

24. Tibiletti MG, Carnevali I, Calo V, Cini G, Lucci Cordisco E, Remo A, et al. Universal testing for MSI/MMR status in colorectal and endometrial cancers to identify Lynch syndrome cases: state of the art in Italy and consensus recommendations from the Italian Association for the Study of Familial Gastrointestinal Tumors (A.I.F.E.G.). Eur J Cancer Prev 2021.

25. Chiaravalli AM, Carnevali I, Sahnane N, Leoni E, Furlan D, Berselli M, et al. Universal screening to identify Lynch syndrome: two years of experience in a Northern Italian Center. Eur J Cancer Prev 2020;29(4):281-288.

10

CONTRIBUTI

Adenomiosi ed infertilità

SERGIO SCHETTINI
Direttore Dipartimento Interaziendale Materno Infantile
Direttore Uoc Ostetricia e Ginecologia Azienda Ospedaliera San Carlo, Potenza

L'adenomiosi uterina è una patologia caratterizzata dalla presenza di ghiandole endometriali e stroma all'interno del miometrio. In passato veniva diagnosticata solo retrospettivamente sulla base dei reperti istologici dopo interventi demolitivi di isterectomia

ATTUALMENTE LA DIAGNOSI di adenomiosi si basa su criteri di diagnostica strumentale quale la risonanza magnetica (MRI) e l'ecografia transvaginale (1-2); questo dato ha determinato un aumento della prevalenza di tale patologia negli ultimi anni soprattutto in donne più giovani ed in età riproduttiva (3-4).

L'adenomiosi si presenta come un quadro eterogeneo di lesioni; in particolare possono rilevarsi lesioni diffuse e/o focali degli strati interni o esterni del miometrio. Diverse classificazioni sono state proposte, tra queste quella che fa riferimento ad un fenotipo diffuso con numerosi focolai di endometrio, ghiandole e stroma dispersi all'interno del miometrio e ad un fenotipo focale con lesioni circoscritte, aggregati nodulari esterni al miometrio separati dalla zona giunzionale (adenomiosi focale del miometrio esterno [Faom]) (5).

Diverse evidenze suggeriscono che questi due fenotipi potrebbero essere considerati entità distinte con differenti patogenesi (6-8). Le presentazioni cliniche sono molteplici così come variabile la prevalenza, nelle donne affette da adenomiosi di infertilità (3- 8). I meccanismi implicati nel determinismo dell'infertilità nelle donne con adenomiosi sono lungi dall'essere chiariti (9-10). Molte sono state le ipotesi fisiopatologiche proposte, ma non sono state raggiunte conclusioni definitive .

Risultati controversi sono stati trovati in studi che valutano l'impatto dell'adenomiosi sulle tecniche di riproduzione assistita con alcuni che evidenziano un impatto negativo della malattia e altri che non mostrano alcun effetto. Questa eterogeneità di dati nell'attuale letteratura può essere in parte spiegata dal fatto che i due fenotipi distinti di adenomiosi (cioè Faom e diffusa) non sono sempre considerati separatamente nei diversi studi ed invece potrebbero essere responsabili di distinte conseguenze sulla fertilità. Attualmente, il ruolo dell'una o dell'altra forma nella fisiopatologia dell'infertilità correlata all'adenomiosi è ancora sconosciuta.

Un recente studio sull'impatto dei due fenotipi di adenomiosi sull' infertilità (11) evidenzia che l'adenomiosi è un fattore associato all' infertilità, e quasi un terzo della popolazione con adenomiosi presenta Faom. Puente et al. riportano un 25% di incidenza di adenomiosi in una popolazione di donne infertili sottoposte a screening con ecografia pelvica. Il riscontro ecografico di adenomiosi sembra essere correlato con le probabilità di gravidanza, confermando così l'influenza negativa dell'adenomiosi sulla riproduzione. L'utilizzo di strumenti di imaging specifici sembra essere cruciale per caratterizzare adeguatamente il fenotipo di adenomiosi e per offrire una gestione ottimale delle pazienti infertili. La risonanza magnetica ha il vantaggio di essere più riproducibile e affidabile dell'ecografia pelvica in caso di patologie uterine coesistenti. Tuttavia l'ecografia pelvica può essere considerata uno strumento rilevante per la diagnosi di adenomiosi con il vantaggio di un minor costo e accesso più facile rispetto alla risonanza magnetica (12). In un'alta percentuale di casi nelle pazienti infertili vi può essere associata all'adenomiosi l'endometriosi; la presenza del fenotipo di adenomiosi focale è più frequentemente associato a gravi forme di endometriosi, in particolare alla "deep infiltrating endometriosis".

L'associazione endometriosi adenomiosi in letteratura è riportata nel 96,3% delle donne con adenomiosi focale e nel 61,5% delle donne con adenomiosi diffusa. L'endometriosi è un noto fattore di rischio di infertilità, ma in presenza di adenomiosi il ruolo di ciascuna malattia sull'infertilità può essere difficile da comprendere; tuttavia alcuni studi dimostrano che la forma Faom è indipendentemente associata all'infertilità primaria in presenza di endometriosi.

L'impatto sull'ambiente uterino per la gravidanza rimane una questione aperta. La presenza di adenomiosi potenzialmente può interferire con lo sviluppo dell'embrione e portare ad una compromissione della fase d'impianto ed ad aumento del rischio di aborto precoce. Sono stati descritti vari meccanismi, come una alterata contrattilità uterina, una modifica della vascolarizzazione endometriale, livelli anormali di radicali liberi , una risposta infiammatoria anormale e un profilo di espressione genica "disregolato" nell'endometrio eutopico (13,14). I meccanismi coinvolti potrebbero essere dissimili a seconda che siamo in presenza di adenomiosi focale o diffusa, sono necessari comunque ulteriori studi per caratterizzare meglio i meccanismi fisiopatologici dell'infertilità correlata all'adenomiosi da cui possono ovviamente derivare opzioni terapeutiche differenti per tali pazienti.

BIBLIOGRAFIA

1 Kishi Y, Suginami H, Kuramori R, Yabuta M, Suginami R, Taniguchi F. Four subtypes of adenomyosis assessed by magnetic resonance imaging and their specification. Am J Obstet Gynecol 2012;207:114.e1–7.

2 Van den Bosch T, Van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosBest Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2018;51:16–24.

3 Naftalin J, Hoo W, Pateman K, Mavrelos D, Holland T, Jurkovic D. How common is adenomyosis? A prospective study of prevalence using transvaginal ultrasound in a gynaecology clinic. Hum Reprod 2012;27:3432–9.

4 Pinzauti S, Lazzeri L, Tosti C, Centini G, Orlandini C, Luisi S, et al. Transvaginal sonographic features of diffuse adenomyosis in 18–30-year-old nulligravid women without endometriosis: association with symptoms. Ultrasound Obstet Gynecol 2015;46:730–6.

5 Chapron C, Tosti C, Marcellin L, Bourdon M, Lafay-Pillet M-C, Millischer A-E, et al. Relationship between the magnetic resonance imaging appearance of adenomyosis and endometriosis phenotypes. Hum Reprod 2017;32: 1393–401

6 Kishi Y, Shimada K, Fujii T, Uchiyama T, Yoshimoto C, Konishi N, et al. Phenotypic characterization of adenomyosis occurring at the inner and outer myometrium. PloS One 2017;12:e0189522.

7 Bourdon M, Santulli P, Chouzenoux S, Maignien C, Bailly K, Andrieu M, et al. The disease phenotype of adenomyosis-affected women correlates with specific serum cytokine profiles. Reprod Sci 2018:193371911 8816852.

8 Khan KN, Fujishita A, Koshiba A, Kuroboshi H, Mori T, Ogi H, et al. Biological differences between intrinsic and extrinsic adenomyosis with coexisting deep infiltrating endometriosis. Reprod Biomed Online 2019;39: 343–53

9 Barrier BF, Malinowski MJ, Dick EJ, Hubbard GB, Bates GW. Adenomyosis in the baboon is associated with primary infertility. Fertil Steril 2004;82: 1091–4.

10 Campo S, Campo V, Benagiano G. Infertility and adenomyosis. Obstet Gynecol Int 2012;2012:7861

11 Mathilde Bourdon, M.D. et al Focal adenomyosis is associated with primary infertility Fertil Steril August 28, 2020

12 Van den Bosch T, Dueholm M, Leone FPG, Valentin L, Rasmussen CK, Votino A, et al. Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. Ultrasound Obstet Gynecol 2015;46:284–98

13 Kunz G, Leyendecker G. Uterine peristaltic activity during the menstrual cycle: characterization, regulation, function and dysfunction. Reprod Biomed Online 2002;4:5–9.

14 Kissler S, Hamscho N, Zangos S, Wiegratz I, Schlichter S, Menzel C, et al. Uterotubal transport disorder in adenomyosis and endometriosis—a cause for infertility. Br J Obstet Gynaecol 2006;113:902–8.

11

CONTRIBUTI

Endometriosi profonda e dolore pelvico cronico

VITO CHIANTERA

Professore Ordinario Università degli Studi di Palermo e Direttore della scuola di specializzazione in Ginecologia e Ostetricia

MARIANO CATELLO DI DONNA

Dirigente medico di I livello; Dipartimento di Ginecologia Oncologica

L'Endometriosi è una patologia ad elevato impatto clinico e sociale che affligge numerose donne in età riproduttiva. La prevalenza è del 5-17% e circa 176 milioni di donne nel mondo sono affette da tale condizione. Ha inoltre un importante impatto sul costo per il Sistema Sanitario Nazionale assimilabile a quello di tutte le altre condizioni croniche come il diabete, il morbo di Crohn o l'artrite reumatoide

LA SUA NATURA enigmatica e l'eziologia ampiamente dibattuta si riflettono in maniera fortemente negativa sull'aspetto medico assistenziale e psico-fisico delle pazienti.
Seppure considerata una patologia benigna, in molti casi si manifesta con caratteristiche estremamente aggressive "tumor-like", con lesioni estese agli spazi retroperitoneali, delineando un quadro di endometriosi profonda (Deep Infiltrating Endometriosis, DIE).
Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una graduale sensibilizzazione dei ginecologici verso questa patologia subdola, con un accorciamento dei tempi diagnostici, grazie anche all'ausilio di tecniche di imaging sempre più sensibili e specifiche.
Gli sforzi sono stati devoluti ad una maggiore comprensione della malattia, con una personalizzazione del trattamento sulla base dell'interpretazione dei sintomi.
Attraverso una stratificazione della condizione clinica è possibile identificare pazienti che possano godere del trattamento farmacologico e altre che invece necessitano di un approccio radicale di tipo chirurgico. È quindi fondamentale la centralizzazione delle pazienti in strutture dedicate al trattamento della patologia, dove le donne affette da endometriosi abbiano la possibilità di essere seguite, non soltanto da un punto di vista clinico, ma anche ponendo attenzione e cura al fattore psicologico.
Nonostante tutti questi miglioramenti, esiste una percentuale di pazienti con dolore pelvico cronico refrattarie ai trattamenti convenzionali, costrette a convivere con dolore persistente che si esacerba in determinate fasi del ciclo. I sintomi in questi casi si riflettono non soltanto sulla sfera genito-urinaria ma anche sull'apparato neurosensoriale con deficit a carico del sistema gastro-intestinale e locomotore. Le donne sintomatiche riferiscono molto frequentemente dismenorrea e dispareunia associate a disuria, dischezia e dolore pelvico cronico.
Tale condizione clinica troverebbe un possibile fondamento scientifico "nell'ipotesi neurologica", una tra le più emergenti e affascinanti teorie eziopatogenetiche, che pone le sue basi sul neurotropismo dell'endometriosi per il sistema nervoso simpatico. Tale ipotesi spiegherebbe la diffusione di tessuto endometriale ectopico attraverso le vie nervose pelviche periferiche e la particolare localizzazione dell'endometriosi a livello della cervice, del terzo superiore della vagina e dei legamenti utero sacrali, proprio a causa di una maggiore concentrazione di nervi simpatici a livello di tali strutture anatomiche[1].
Oggi è ampiamente noto che l'endometriosi profonda coinvolge principalmente il compartimento pelvico centrale (Central Pelvic Endometriosis, CPE), comprendente le ovaie, i legamenti uterosacrali, il retto, la vescica ed il peritoneo pelvico, con frequente interessamento del setto retto-vaginale. Tuttavia, non è di occasionale riscontro il coinvolgimento di strutture laterali (Lateral Pelvic Endometriosis, LPE) quali il parametrio, gli ureteri, i nervi ipogastrici e il plesso sacrale.
È opportuno specificare che nell'ambito dell'endometriosi pelvica laterale va differenziato un interessamento delle strutture superficiali (Superficial Lateral Pelvic Endometriosis, sLPE), quali parametri e ureteri, da un interessamento delle strutture profonde (Deep Lateral Pelvic Endometriosis, dLPE) nervi ipogastrici, plesso sacrale e/o nervo sciatico.
In quest' ultimo subset di pazienti con coinvolgimento laterale profondo il sintomo principe è il dolore pelvico cronico spesso irradiato a livello distale. In tali casi di interessamento del compartimento laterale è di assoluta necessità un approccio chirurgico altamente specialistico in strutture di rilievo nazionale identificate nel trattamento della patologia endometriosica[2].

In realtà il "dolore pelvico cronico" non trova nell'endometriosi la sua unica causa, ma è un termine non specifico e onnicomprensivo che include una varietà di diagnosi che includono l'entrapment neurovascolare dei nervi pelvici, le patologie a carico del nervo sciatico e del plesso sacrale, l'entrapment del nervo pudendo, il deficit dell'innervazione autonomica pelvica, la vulvodinia, la coccigodinia e il dolore pelvico cronico di origine neuropatica.
I sintomi del dolore pelvico cronico di tipo neuropatico sono: iperestesia, parestia, allodinia, intorpidimento e bruciore localizzati in regione pelvica esacerbati con la seduta o dalla minzione, defecazione e dai rapporti sessuali.
Molto spesso l'eziologia resta comunque misconosciuta e queste pazienti sono cronicamente sottoposte a trattamenti con cocktail farmacologici a base di analgesici, antipsicotici o anticonvulsivanti talvolta associati a multiple chirurgie non risolutive con elevato impatto sulla "quality of life".
La patologia a carico dei nervi pelvici giustificherebbe in molti casi il dolore pelvico refrattario ma fino ad oggi è stata raramente considerata come possibile causa; le motivazioni sono varie e tutte estremamente valide: una scarsa conoscenza neuroanatomica della parete pelvica, la difficoltà di accesso ai nervi pelvici e soprattutto la difficoltà ad interpretare la sintomatologia.
La Neuropelveologia è la prima disciplina che pone la sua specifica attenzione allo studio ed il trattamento delle patologie che affliggono il sistema nervoso pelvico attraverso la combinazione di metodi diagnostici e di trattamento specifici di diverse branche mediche e chirurgiche.
È fondamentale in questo nuovo scenario sviluppare un approccio neuropelveologico che pone le sue radici "su un nuovo e differente modo di pensare" adottando una sorta di "neuropelveologic way of thinking".
A differenza delle altre regioni corporee in cui l'innervazione dei corrispettivi dermatomeri risulta intuitiva, a livello pelvico l'innervazione delle sedi di localizzazione del dolore non rispetta in maniera lineare l'ordine di insorgenza delle radici nervose.
Muovendoci in questo nuovo modo di interpretare i sintomi delle pazienti è essenziale discostarsi dall'assunto che eziologia e dolore siano localizzati nella stessa area e, dunque, sviluppare il concetto che la localizzazione del dolore è l'effetto dell'irradiazione delle informazioni dolorifiche.
Questo nuovo modo di interpretare i sintomi delle pazienti ha anche permesso di affinare tecniche di chirurgia mininvasiva al fine di esplorare le strutture nervose pelviche retroperitoneali.
Tali procedure che vanno sotto il nome comune di LANN (Laparoscopic Assisted Neuronavigation) e LION (Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis), nelle mani di laparoscopisti esperti, nelle metodologie neuropelveologiche e con specifiche conoscenze in campo neuroanatomico, permettono di esplorare e definire la funzionalità delle strutture nervose pelviche[3].
Grazie a tali tecniche è possibile eseguire interventi di neurolisi finalizzati a decomprimere le strutture nervose alleviando la sintomatologia, offrendo una valida alternativa tera-

peutica a pazienti con dolore pelvico resistenti al trattamento medico. Nei casi specifici in cui il dolore pelvico cronico sia associato ad un vero e proprio danno alle strutture nervose dovuto a cause iatrogene, pregresse chirurgie o danni da compressione non reversibile e in cui siano presenti conseguenti deficit motori, incontinenza fecale e vescica neurologica è possibile proporre un intervento di neuromodulazione attraverso l'utilizzo di tecnica LION. L'approccio laparoscopico garantisce una completa esposizione ed una corretta visualizzazione delle strutture nervose pelviche, in modo da procedere al posizionamento di elettrodi direttamente a contatto dei nervi del plesso sacrale, del nervo sciatico e del pudendo, garantendo una stimolazione mirata e selettiva. Una volta posizionati gli elettrodi, questi verranno connessi ad un neurostimolatore esterno che verrà posizionato in una tasca sottocutanea, solo dopo averne provato l'efficacia ed il corretto funzionamento.
Ancora oggi l'endometriosi profonda ed in generale il dolore pelvico cronico rappresentano un avvincente sfida per i chirurghi ginecologi ed i chirurghi neuropelveologi. Gli sforzi profusi in questi anni hanno permesso di formare un numero sempre maggiore di medici esperti, dedicati al trattamento di queste patologie, che molte volte rappresentano lati diversi della stessa medaglia. È per questo motivo dovere comune avviare queste pazienti in centri di riferimento nazionale e altamente specializzati per la diagnosi e la cura di tali patologie, in modo da incanalare il flusso di conoscenze verso un obiettivo univoco che è la salute del paziente e la riduzione dei tempi e dei gravosi costi in termini finanziari ed emotivi dell'ammalato e di chi ne ha cura[4].

BIBLIOGRAFIA

1 Possover, M., Rhiem, K. & Chiantera, V. The "neurologic hypothesis": a new concept in the pathogenesis of the endometriosis?. Gynecol Surg 2, 107–111 (2005). https://doi.org/10.1007/s10397-004-0070-8

2 Chiantera V, Petrillo M, Abesadze E, Sozzi G, Dessole M, Catello Di Donna M, Scambia G, Sehouli J, Mechsner S. Laparoscopic Neuronavigation for Deep Lateral Pelvic Endometriosis: Clinical and Surgical Implications. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Nov-Dec;25(7):1217-1223. doi: 10.1016/j.jmig.2018.02.015. Epub 2018 Mar 2. PMID: 29501810

3 Possover M, Baekelandt J, Chiantera V. The Laparoscopic Implantation of Neuroprothesis (LION) Procedure to Control Intractable Abdomino-Pelvic Neuralgia. Neuromodulation. 2007 Jan;10(1):18-23. doi: 10.1111/j.1525-1403.2007.00083.x. PMID: 22151808.

4 Possover M, Forman A, Rabischong B, Lemos N, Chiantera V. Neuropelveology: New Groundbreaking Discipline in Medicine. J Minim Invasive Gynecol. 2015 Nov-Dec;22(7):1140-1. doi: 10.1016/j.jmig.2015.06.009. Epub 2015 Jun 20. PMID: 26099648.

12

Il futuro della chirurgia ginecologica

Negli ultimi dieci anni è diventato sempre più chiaro quanto sia importante la personalizzazione e la precisione della medicina nel management della paziente oncologica

PAOLO SCOLLO
Direttore Uoc Ostetricia e Ginecologia e Dipartimento materno-infantile Azienda Cannizzaro, Catania

LA RICERCA ONCOLOGICA si è focalizzata sullo studio delle specifiche caratteristiche dei singoli tumori e delle singole pazienti per poterne trarre il maggior beneficio in termini di riduzione delle complicanze, miglioramento della qualità di vita e aumento della sopravivenza.
Dal punto di vista chirurgico, la diffusione della chirurgia mininvasiva ha permesso una riduzione delle complicanze in termini di danno tissutale, perdita ematica intraoperatoria, infezioni, tempo di degenza. Lo sviluppo di nuovi device e strumenti avanzati ha permesso gradualmente di ridurre il numero e le dimensioni degli accessi e di rendere reale la chirurgia NOTES (Natural Orifice Endoscopic Surgery) sfruttando e ampliando, ad esempio le indicazioni della via vaginale.
Sempre più lo sviluppo di laparoscopi con tecnologie di visione avanzate quali 4k, 3D, fluorescenza permettono di avere una immagine magnificata del campo operatorio rispetto all'occhio umano e in futuro la sperimentazione di mezzi di contrasto selettivi potranno rendere la nostra chirurgia sempre più mirata alla massima efficienza terapeutica.
La robotica si è dimostrata efficace nel ridurre la learning curve facilitando una diffusione della chirurgia mininvasiva. Se consideriamo la chirurgia robotica non solo come mera assistenza automatizzata alla laparoscopica ma come una tecnologia in grado di elevata connetività, virtualizzazione, analisi dei dati, possiamo facilmente immaginare i prossimi sviluppi in termini di telemedicina, telementoring e di realtà aumentata (intelligenza artificiale)
Nuovi sviluppi in ambito radiologico, genetico e molecolare come la radiomica, genomica, proteomica, permettono di avere nuovi importanti elementi che permettono una maggiore personalizzazione della medicina con ripercussioni sulla pianificazione e modulazione del nostro trattamento chirurgico. Saremo in grado di pianificare il posizionamento dei trocar, simulare l'intervento chirurgico integrando informazioni reali, virtuali, ricostruzioni 3D e immagini avanzate.
Oggi la tecnologia non può che essere considerata parte integrante della chirurgia e affinché possa essere una chirurgia fruibile, deve essere facile da insegnare, da imparare e da applicare; è quindi estremamente importante pensare ad una sala operatoria integrata 4.0 che permetta l'utilizzo di strumenti tecnologici hardware e software avanzati: laparoscopici, robotici, schermi ad alta definizione, immagini radiologiche, sistemi di navigazione.
Lo sviluppo di nuove tecnologie ha raggiunto livelli così elevati che, soprattutto in ambito medico, la difficoltà del clinico è quello di capire i reali benefici e vantaggi. È estremamente importante considerare che l'applicazione in medicina necessita sempre di attenta valutazione sul campo e solo attraverso studi clinici controllati è possibile valutare l'efficienza, l'efficacia e la sicurezza nel curare al meglio le nostre pazienti.

FIGURA 1
V-NOTES: set up

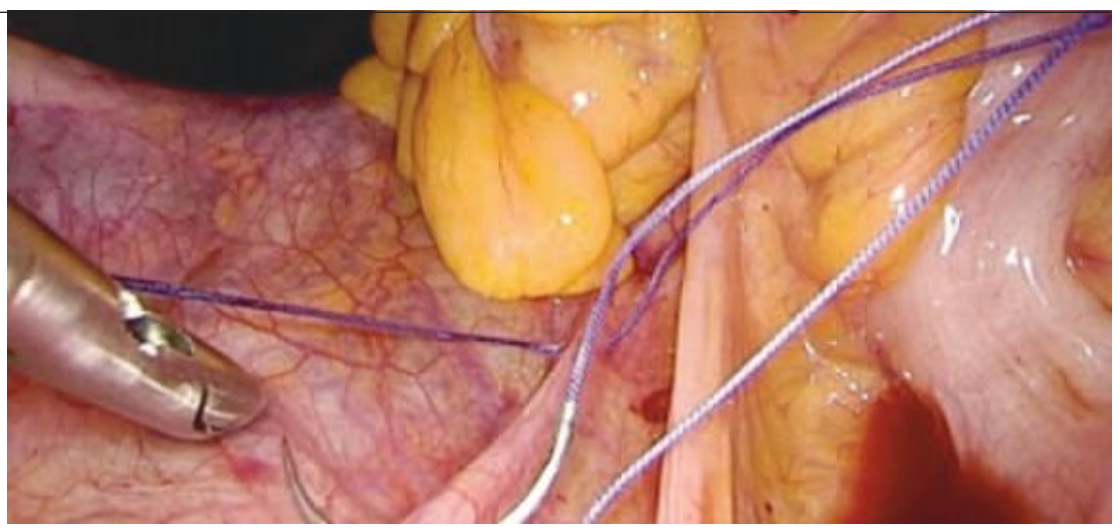


FIGURA 2
V-NOTES: colposospensione sec. Shull

DIVEEN®, IL PRIMO DISPOSITIVO MEDICO INTRAVAGINALE PER L'INCONTINENZA URINARIA DA STRESS O MISTA

Si stima che l'incontinenza urinaria colpisca **circa 3 milioni di donne** in Italia ma che questo dato sia, in realtà, sottostimato in quanto rappresenta una condizione spesso vissuta dalle donne in solitudine a causa della difficoltà e dell'imbarazzo a parlarne con il medico o con lo specialista.

La forma più diffusa di **incontinenza urinaria femminile** è quella da **stress o da sforzo**, ovvero la perdita di urina in seguito ad un colpo di tosse, uno starnuto o durante un'attività fisica a causa dell'improvviso innalzamento della pressione intraddominale che si riflette sulla vescica urinaria. Si parla di **incontinenza mista** se oltre all'incontinenza da sforzo è presente anche quella da urgenza, caratterizzata da una perdita involontaria di urina preceduta da un bisogno impellente ed incontrollabile di urinare. Tra i fattori di rischio dell'incontinenza da sforzo rientrano la gravidanza, il parto, la menopausa ed anche l'attività sportiva. Le perdite involontarie di urina possono condizionare la vita quotidiana delle donne che ne soffrono con conseguenze nella sfera sociale, psicologica e sessuale, limitando semplici aspetti come ridere, praticare sport o fare un qualsiasi piccolo sforzo.

Per migliorare la qualità della vita di queste donne, **B. Braun** - una delle aziende leader nel settore medico e farmaceutico impegnata da sempre nella ricerca e sviluppo di soluzioni per la Sanità - ha brevettato **Diveen®, il primo dispositivo intravaginale studiato appositamente per la donna con incontinenza urinaria da stress o mista**.

Diveen® è stato sviluppato per sostenere meccanicamente la parete vaginale superiore sotto il collo dell'utero. Durante uno sforzo la pressione intraddominale si trasmette alla vescica e, di conseguenza, all'anello morbido del Diveen®. Questo, a sua volta, determina uno spostamento verso l'alto della parte terminale rigida che supporta il collo dell'uretra, chiudendolo e riducendo significativamente l'incidenza del rischio di perdita delle urine.

Diveen® semplifica la vita quotidiana e permette alle donne di sentirsi nuovamente libere di svolgere le più semplici attività in totale sicurezza e tranquillità.

L'efficacia del dispositivo è clinicamente provata[1,2]**:**

- Diveen® riduce la frequenza delle perdite urinarie in media del 69%.
- Diveen® migliora la qualità di vita delle utilizzatrici: 78 donne su 100 si ritengono soddisfatte

Oltre ad essere estremamente discreto, Diveen® **è pratico, semplice da applicare e rimuovere** perché progettato per le donne.

Le sue principali caratteristiche:

- Meccanismo unico che consente una significativa riduzione del rischio di perdite di urina.
- Controllo dell'incontinenza per 12 ore, per vivere la giornata in completa serenità.
- Non è necessario rimuoverlo durante la giornata e per urinare.
- Di facile utilizzo, assimilabile ad un tampone vaginale, può essere inserito agevolmente con o senza l'apposito applicatore.
- È composto da materiale biocompatibile (latex e DEHP free).
- Discrezione garantita al 100%.

Se desidera maggiori informazioni su Diveen® la invitiamo a visitare il sito www.bbraun.it

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

1 Cornu J.N et al 75NC007 device for non invasive stress urinary incontinence management in women: a randomized controlled trial Int Uroqynecol J (2012); 23 (12): 1727.1734

2 Secondo uno studio S.I.U.D. (Società Italiana di Urodinamica) condotto su 64 pazienti in 5 Centri Uroginecologici il 70% delle donne ha trovato il dispositivo efficace nel ridurre le perdite di urina e molto semplice da utilizzare (2021)

13

CONTRIBUTI

L'ecografia ginecologica transvaginale e il suo contributo nelle procedure endoscopiche

L'ecografia pelvica transvaginale (TV) ha assunto negli ultimi anni un ruolo sempre più importante nell'inquadramento clinico e nell'impostazione terapeutica delle pazienti con patologia ginecologica, e ancor di più nella valutazione pre-operatoria, contribuendo a definire l'approccio chirurgico, a modularne l'aggressività e l'estensione e a personalizzare il trattamento.
Per questo la SEGi ha scelto questo argomento come tema della sua sessione nel Sigo 2021

ENRICO VIZZA
Presidente SEGi

LA SESSIONE TRATTERÀ in maniera interattiva con l'ausilio di video di esami ecografici e di interventi a confronto la corretta integrazione della metodica con la chirurgia endoscopica sia in sede preoperatoria che intraoperatoria.
Nella prima parte verrà affrontato il suo ruolo nell'ambito della patologia miometriale dove l'ecografia pelvica TV è molto utile nella valutazione preoperatoria e nel counseling della paziente sintomatica, che necessita di un approccio chirurgico: la mappatura dei fibromi, con tecnica bi- e tridimensionale, consente la scelta del migliore accesso chirurgico, dirimendo tra approccio endoscopico e laparoscopico. La valutazione del grado di protrusione di un fibroma sottomucoso, combinato con il diametro del fibroma e l'entità della componente intramurale sono significativamente associati con una maggiore probabilità di successo della resezione chirurgica (1). In centri attrezzati la possibilità di eseguire la valutazione ecografica durante la laparoscopia può minimizzare le complicanze della procedura [2].
Verrà quindi affrontato trattato il ruolo dell'ecografia pelvica TV nella distinzione tra le formazioni miometriali benigne e maligne: la frequente mancata diagnosi pre-operatoria di sarcoma uterino, interpretato come mioma, può portare ad un ritardo nel trattamento e/o in un inappropriato approccio chirurgico, con rischio di diffusione di malattia in sede intraperitoneale e conseguente peggioramento della prognosi (3). Recentemente è stato pubblicato uno studio retrospettivo, in cui sono stati elaborati i dati ecografici di 195 pazienti con diagnosi di sarcoma uterino, provenienti da 13 centri: lo studio non è stato in grado, nonostante il grado elevato di esperienza degli operatori coinvolti, di individuare segni ecografici patognomonici per la diagnosi di sarcoma, ma ha contribuito a concentrare l'attenzione su alcuni parametri ecografici e clinici suggestivi di malignità, che posso aiutare l'operatore a porre il sospetto di sarcoma e che in futuro potrebbero essere testati in studi prospettici, difficoltosi tra l'altro per la rarità di questa entità (4). Interessante in questo campo è la possibilità che tecniche di intelligenza artificiale, applicate alle immagini ecografiche, possano fornire un contributo significativo nell'interpretazione dell'ecostruttura del tessuto miometriale patologico.
Verrà quindi trattato il ruolo fondamentale nella gestione della endometriosi, in associazione con la diagnostica laparoscopica. L'ecografia pelvica TV ha una sensibilità del 93% ed una specificità del 96% nella diagnosi di endometrioma, mentre l'endometriosi superficiale o profonda è caratterizzata da una maggiore difficoltà di individuazione di queste localizzazioni. Una review di qualche anno fa ha analizzato l'utilità di biomarkers differenti per la diagnosi di endometriosi, ma nessuno di quelli in esame è stato reputato utile in tal senso (5). Da recente sono stati individuati diversi test non invasivi per la diagnosi di endometriosi, che includono biomarker, miRNAs, test genetici, che mostrano un potenziale diagnostico promettente, ma ulteriori indagini sono necessarie perché questi possano essere raccomandati nella pratica quotidiana, e l'associazione tra la clinica, l'ecografia pelvica TV e questi test non invasivi potrebbe diventare l'approccio diagnostico del futuro per questa patologia (6).
Nell'ambito delle malformazioni uterine congenite, l'ecografia pelvica TV in mani esperte presenta un grado molto elevato di concordanza con l'isteroscopia e la laparoscopia. In uno studio recente che ha analizzato i dati di 62 donne con anomalie congenite, sottoposte ad Ecografia pelvica 3D, e a seguire da isteroscopia e laparoscopia per confermare il risultato, la corrispondenza è stata dimostrata in 61 donne (Kappa index = 0.945) (7).
Indiscusso e ben noto infine è il ruolo dell'Ecografia pelvica TV nella diagnosi differenziale delle formazioni annessiali, che in mani esperte consente la distinzione tra formazioni benigne, borderline e maligne in un'elevata percentuale dei casi. Di ausilio alla valutazione ecografica standard, sono giunti negli ultimi anni ulteriori modelli diagnostici o combinazione di fattori clinici, ecografici e sierologici (Iota Simple Rules, Adnex model, Sistema O-Rads). Se una buona diagnostica pre-operatoria è fondamentale nella valutazione pre-operatoria di qualunque paziente, questo è particolarmente vero nelle donne in età fertile, in cui deve essere preso in considerazione il desiderio di gravidanza; in tale contesto il sospetto diagnostico che ci si trovi davanti ad una formazione ovarica con malignità intermedia, piuttosto che francamente invasiva, può consentire di programmare un approccio conservativo, alla luce della prognosi favorevole (8). La conoscenza delle caratteristiche ecografiche delle formazioni ovariche borderline, nonché delle sue forme recidive e della loro velocità di crescita (9) dà la possibilità al chirurgo, specie in donne con pregressa annessiectomia, la possibilità di eseguire l'asportazione della sola lesione, prevenendo così la menopausa precoce e consentendo alla paziente la preservazione della fertilità.
Per completare questa panoramica un cenno all'utilità dell'ecografia laparoscopica (Lus), che può sfruttare una maggiore frequenza degli ultrasuoni ed una particolare vicinanza con gli organi studiati tramite l'approccio laparoscopico: in uno studio che ha analizzato 42 donne sottoposte a valutazione ecografica pre-operatoria e intra-operatoria per patologia ginecologica; in questa casistica la Lus ha permesso di individuare piccoli residui di malattia ed ha contribuito ad una rimozione più sicura delle localizzazioni di malattia di quanto non sarebbe stato possibile con la sola valutazione transvaginale (10).

BIBLIOGRAFIA

1 Mavrelos D, Naftalin J, Hoo W, e Coll. Preoperative assessment of submucous fibroids by three-dimensional saline contrast sonohysterography. Ultrasound Obstet Gynecol. 2011 Sep;38(3):350-4.

2 Ambrosio M, Raimondo D, Savelli L, e Coll. Transvaginal Ultrasound and Doppler Features of Intraligamental Myomas. J Ultrasound Med. 2020 Jul;39(7):1253-1259.

3 US Food and Drug Administration. Laparoscopic Uterine Power Morcellation in Hysterectomy and Myomectomy: FDA Safety Communication (US). FDA, Silver Spring, MD, USA, 2014.

4 Ludovisi M, Moro F, Pasciuto T, e Coll. Imaging in gynecological disease (15): clinical and ultrasound characteristics of uterine sarcoma. Ultrasound Obstet Gynecol. 2019 Nov;54(5):676-687.

5 Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PM, e Coll. Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Jul 13;7(7).

6 Kiesel L, Sourouni M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. Climacteric. 2019 Jun;22(3):296-302

7 Kougioumtsidou A, Mikos T, Grimbizis GF, e Coll. Three-dimensional ultrasound in the diagnosis and the classification of congenital uterine anomalies using the ESHRE/ESGE classification: a diagnostic accuracy study. Arch Gynecol Obstet. 2019 Mar;299(3):779-789.

8) Fruscella E, Testa AC, Ferrandina G, e Coll. Ultrasound features of different histopathological subtypes of borderline ovarian tumors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2005 Nov;26(6):644-50.

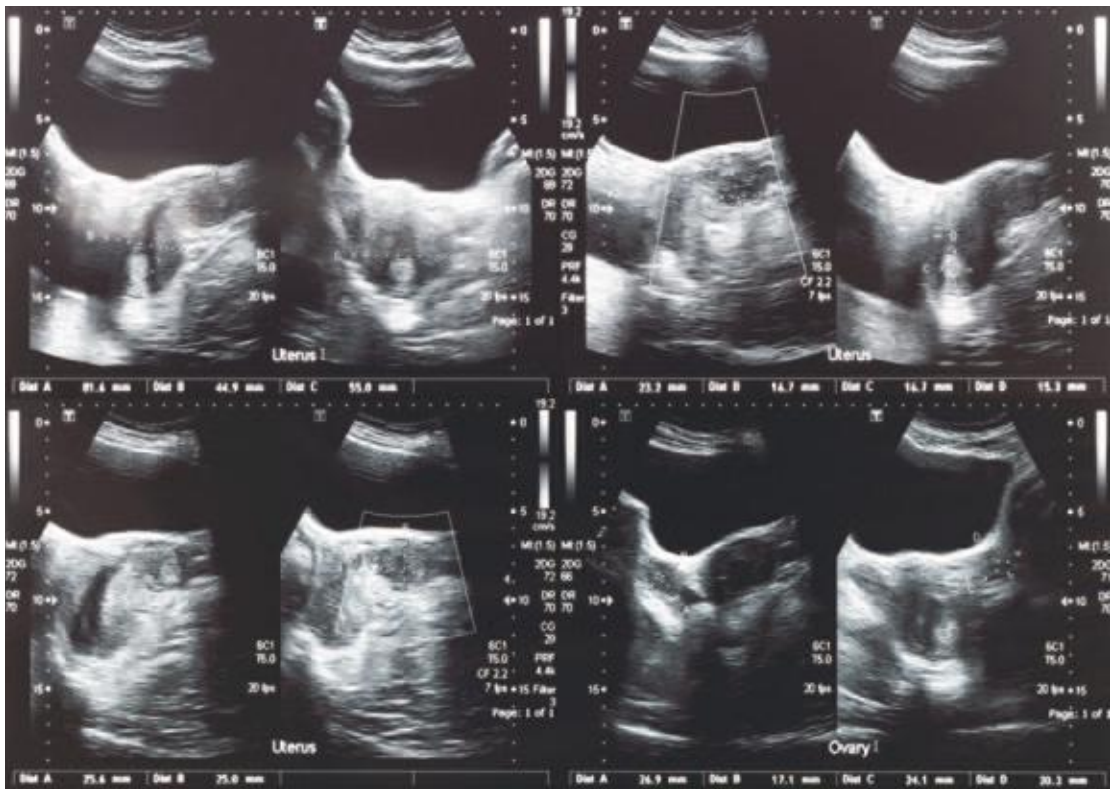
9 Franchi D, Boveri S, Fruscio R, e Coll. Imaging in gynecological disease (8): ultrasound characteristics of recurrent borderline ovarian tumors. Ultrasound Obstet Gynecol. 2013 Apr;41(4):452-8.

10 Gong XH, Lu J, Liu J, e Coll. A novel ultrasound based approach for lesion segmentation and its applications in gynecological laparoscopic surgery. Australas Phys Eng Sci Med. 2015 Dec;38(4):709-20.

14

CONTRIBUTI

Adenomiosi e fibromi uterini, inquadramento ecografico e diagnosi differenziale



L'ecografia, con ausilio del color-power Doppler flussimetrico e delle scansioni in 3D, è riuscita negli ultimi anni a migliorare lo studio del miometrio e la diagnostica dei fibromi uterini e dell'adenomiosi, rendendo possibile un management medico o chirurgico più mirato

GIUSEPPE TROJANO
Direttore Uoc di Ostetricia e Ginecologia Asm Matera

IN BASE AL CONSENSUS OPINION del gruppo Musa (Morphological Uterus Sonographic Assessment), la refertazione ecografica del miometrio prevede nella pratica clinica: la misurazione del corpo uterino, lo studio della simmetria delle pareti miometriali e l'ecogenicità globale del miometrio che viene riportata come omogenea o eterogenea. Se è presente una lesione miometriale va specificato se questa sia ben o mal definita. Il numero (o il numero stimato di lesioni se queste sono superiori a quattro), così come la localizzazione (anteriore, posteriore, fundica, laterale destra o laterale sinistra, globale) e il diametro delle lesioni (il massimo diametro delle lesioni maggiori/clinicamente rilevanti) sono altri aspetti da considerare. Va descritta inoltre la presenza di coni d'ombra, di cisti miometriali, di isole iperecogene, o delle strie o noduli ecogeni subendometriali. La zona giunzionale va riportata come regolare o non definita (irregolare, interrotta, non visibile o non valutabile). Quando risulta clinicamente rilevante va anche valutata la vascolarizzazione miometriale. Il pattern vascolare miometriale dell'intero viscere uterino deve essere riportato come uniforme o non uniforme (Il colore globale dentro una lesione prevede l'utilizzo di un color score 1: nessun colore; 2: colore minimo; 3: colore moderato; 4: colore abbondante). Infine, in caso di riscontro di una lesione uterina può essere utile una ricostruzione coronale dell'utero in 3 D.

I FIBROMIOMI UTERINI, costituiti da muscolatura liscia e da una variabile quantità di tessuto connettivale, sono i tumori ginecologici benigni più comuni del tratto genitale femminile, interessando il 20-25 % delle donne in età riproduttiva (con una prevalenza che si aggira intorno al 70-80% dopo i 50 anni) e rappresentando l'indicazione più diffusa all'isterectomia.
Si riconosce una certa familiarità per questa patologia, l'eziopatogenesi rimane sconosciuta, ma fattori di rischio noti sono: il menarca precoce, la nulliparità, l'etnia africana, l'obesità, la polimenorrea, l'ipertensione arteriosa e il diabete.
Il mioma cresce inizialmente all'interno del miometrio e tende poi, dislocando le fibre miometriali circostanti, a muoversi verso aree di minor resistenza come la cavità addominale o quella uterina. Classicamente i fibromiomi vengono divisi in 3 categorie a seconda della loro posizione nel viscere uterino: intramurali se si trovano nello spessore del miometrio, sottomucosi se sporgono in cavità uterina, sottosierosi se modificano il profilo esterno dell'utero. Queste tre classi non sono così ben distinte nella pratica clinica, non è infatti raro osservare miomi in posizioni intermedie (la recente classificazione Figo prende in considerazione ogni tipo di localizzazione dividendo i fibromiomi in 10 categorie).
I sintomi sono strettamente legati al numero, alla posizione e alle dimensioni dei fibromiomi: quelli di piccole dimensioni, soprattutto se isolati e sottosierosi, decorrono spesso asintomatici. I disturbi più comuni comprendono sanguinamenti uterini anomali, dolore pelvico, infertilità, disturbi urinari e intestinali per fenomeni compressivi su questi distretti.
La valutazione ecografica di un utero con fibromiomi uterini può essere eseguita sia con sonda transvaginale (più utile in caso di fibromiomi intramurali e sottomucosi di dimensioni non elevate) sia con sonda transaddominale o con entrambe in funzione delle dimensioni dell'utero che sarebbe opportuno avere valutato preliminarmente all'esame ecografico con una visita bimanuale. È consigliabile un approccio transaddominale con sonde Convex da 3.5-7.5 MHz in caso fibromiomi di grandi dimensioni e/o del fondo uterino, in tal caso può essere utile, ma non indispensabile, eseguire l'esame a vescica piena.
Nella descrizione ecografica dei fibromiomi si richiedono: numero, dimensioni, ecostruttura, sede e rapporti con la rima endometriale e la parete miometriale. Entrano in diagnosi differenziale con altre patologie benigne quali: l'adenomioma e il polipo endometriale (in caso di mioma intracavitario). L'aspetto ecografico del fibromioma uterino è quello di una formazione rotondeggiante, con ecostruttura ecogena (suggestiva per degenerazione lipomatosa), anecogena (suggestiva per degenerazione ialina), iperecogena (con depositi calcifici) o con orletto iperecogeno (calcifico, tipico della menopausa). I margini sono in genere netti, spesso iperecogeni, ben differenziabili dal miometrio circostante. Inoltre, utilizzando il color o il power Doppler è possibile visualizzare un flusso circonferenziale attorno alla lesione: in genere nel fibromioma la vascolarizzazione è maggiore a livello capsulare e minore con vasi a decorso radiale a livello centrale. Il grado di vascolarizzazione dovrebbe essere riportato usando una scala di colore soggettiva, con un punteggio di 1 che rappresenta assenza di colore e un punteggio di 4 che rappresenta un abbondante segnale di colore.

L'ADENOMIOSI O ENDOMETRIOSI INTERNA (è associata all'endometriosi nel 35,1% dei casi) è caratterizzata dalla presenza di focolai ectopici di ghiandole endometriali e stroma all'interno del miometrio, che possono essere distribuiti diffusamente (adenomiosi diffusa) o circoscritti come lesione nodulare (adenomiosi focale o adenomioma). La sua diagnosi non è semplice, infatti il gold standard è la conferma istopatologica della presenza di endometrio ectopico all'interno del miometrio, con una profondità di invasione miometriale variabile da 1 a 4 mm necessaria ai fini di una diagnosi istologica certa. L'adenomiosi infatti viene spesso diagnosticata occasionalmente in corso di campioni chirurgici pervenuti a seguito di isterectomia o biopsie uterine laparoscopiche.
Le isole endometriali ectopiche risultano caratterizzate da scarsa attività mitotica o metabolica, tuttavia possono presentare caratteristiche secretorie, rispondendo a stimoli ormonali ovarici, con le stesse modalità della mucosa uterina eutopica.
Nel riscontro clinico le localizzazioni superficiali sono spesso asintomatiche, mentre nei casi di adenomiosi profonda le donne presentano sintomi quali la dismenorrea, la menorragia, il dolore pelvico cronico e non raro è il riscontro di una dispareunia profonda (quadro clinico evidente nel caso di un processo adenomiosico diffuso e che coinvolga la parete uterina a tutto spessore). Inoltre, seppur di rado, l'adenomiosi può associarsi anche ad infertilità e, dal momento che la patologia si manifesta in donne di età superiore ai 30 anni, e si assiste sempre di più al progressivo aumento dell'età materna in cui si programma una gravidanza, è possibile assistere ad un aumentato numero di casi di infertilità in associazione all'adenomiosi.

IL SOSPETTO DIAGNOSTICO DI ADENOMIOSI SI RISCONTRA IN CASO DI:

- utero di aspetto globoso;
- asimmetria di spessore delle pareti miometriali;
- zona giunzionale irregolare o interrotta;
- striature o noduli ecogeni subendometriali;
- lacune anecogene all'interno del miometrio;
- cisti miometriali (da 1 a 3 mm di diametro nel miometrio)
- presenza di cono d'ombra a forma di ventaglio;
- asimmetria antero-posteriore della parete uterina;
- vascolarizzazione intramiometriale

GYNECO AOGOI NUMERO 6 - 2021

Tuttavia, le caratteristiche ecografiche sopra menzionate non sono patognomoniche per l'adenomiosi. Le cisti miometriali possono, ad esempio, subire degenerazione cistica nei fibromi o essere secondarie all'uso di tamoxifene. Il caratteristico cono d'ombra si riscontra anche nei fibromi per la presenza di calcificazioni e/o cisti. Una zona giunzionale interrotta è anche tipica dei fibromi FIGO 1, 2 o 3 o in caso di invasione (precoce) del miometrio nel cancro dell'endometrio.

LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE tra adenomiosi e fibromi uterini è importante nella gestione clinica della paziente che ne è affetta, a fronte delle diverse opzioni terapeutiche e chirurgiche di cui disponiamo.
Se però la diagnosi differenziale ecografica tra un fibroma tipico e un'adenomiosi diffusa è spesso semplice, questa diventa certamente più indaginosa in presenza di una lesione focale definita adenomioma.
Nel caso di adenomiosi diffusa infatti, le ghiandole endometriali e lo stroma sono distribuiti tra le fibre muscolari miometriali in maniera diffusa proprio per l'assenza della pseudocapsula, e si assiste inoltre ad un aumento consensuale del volume uterino di entità proporzionale al grado di estensione delle lesioni adenomiosiche, che si presentano come lesioni mal definite con aspetto ecografico eterogeneo causato dalla presenza delle cisti miometriali.
Nel caso di un adenomioma, invece, si osserva un singolo nodulo nel contesto del miometrio (definito dai patologi come un'adenomiosi focale con una ipertrofia compensatoria del miometrio che circonda la lesione).
Gli elementi ecografici guida per la diagnosi di mioma sono rappresentati dalla presenza del margine iperecogeno della pseudocapsula, la presenza del cono d'ombra posteriore e la tipica vascolarizzazione perilesionale.
L'adenomioma al contrario, si presenta come una formazione nodulare priva di pseudocapsula e del cono d'ombra posteriore, l'ecostruttura disomogenea, la presenza di aree cistiche interne ed una ricca vascolarizzazione con disposizione ortogonale rispetto all'endometrio all'ecocolor doppler.
Oggi con l'ecografia è pertanto possibile un esame dinamico del miometrio, in base alla classificazione Musa, che consente la caratterizzazione delle lesioni miometriali in modo specifico, al fine di definire un corretto iter terapeutico (medico/chirurgico). Grazie all'esame ecografico è possibile anche un follow-up strumentale delle lesioni consentendo in alcuni casi anche una diagnosi differenziale accurata nell'ambito della patologia uterina benigna.

15

La Pma nei Lea, un percorso difficile di cui si intravede la fine

Fin dall'epoca dei primi tentativi pionieristici degli anni 80 gli operatori pubblici della Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) si sono mossi in una situazione di completa assenza di norme amministrative su due temi principali:

1. **Quali pazienti potessero accedere ai trattamenti di Pma con il supporto del Servizio Sanitario Nazionale (cioè età di accesso e numero di cicli supportati), indipendentemente dalle indicazioni cliniche.**
2. **Quale fosse la modalità organizzative di eseguire tali cicli e con che rimborso da parte delle Regioni.**

MAURO COSTA
S.S.A. Medicina della Riproduzione
Ospedale Evangelico Internazionale - Genova

DA ALLORA FINO AD OGGI la Pma non è stata mai tariffata a livello nazionale, pur essendo stata inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) con decreto del gennaio 2017.
Ripercorriamo assieme il faticoso percorso, non ancora compiuto, della Pma nei Lea.
L'entrata in vigore della legge 40/2004 sulla Pma non affrontò per nulla queste problematiche, a differenza di quanto avveniva in altri paesi europei, limitandosi a porre regole sugli aspetti più strettamente medici, ma non amministrativi, della Pma. Anche l'età di accesso fu trattata dalla legge e dalle linee guida corrispondenti in modo ambiguo, fondamentalmente facendo riferimento ad una fantomatica "età fertile", che per i ginecologi finisce certamente molto più precocemente di quanto ritengano le pazienti. In questa atmosfera iniziarono alla fine degli anni 90 e dopo il 2000 i primi tentativi volenterosi di stabilire a chi erogare la Pma nei centri pubblici e con che copertura economica. D'altro canto i nomenclatori nazionali non riportavano in quegli anni prestazioni utilizzabili per la Pma, o, nei casi in cui fossero presenti, le valorizzavano in modo decisamente insufficiente.
Si sa che l'italiano è bravissimo a utilizzare la creatività, per cui, in ogni regione, alcuni operatori volenterosi riuscirono a proporre dei modelli di erogazione della Pma, che consentissero almeno il recupero di una parte delle spese, nello stesso tempo concordando con la politica dei criteri di accesso ed un numero di cicli supportati, basati su criteri ragionevoli e dati di letteratura al tempo disponibili. Le regioni si divisero equamente in due partiti: quelle che decisero di erogare la Pma in Day surgery e con prelievo degli ovociti in sedazione profonda e quelle che studiarono percorsi ambulatoriali complessi con prelievo di ovociti in anestesia locale più sedazione conscia. Nel caso della Day surgery si utilizzarono i codici di diagnosi ed intervento esistenti per generare un Drg, lasciando in regime ambulatoriale la fase di preparazione alla Pma. Nel caso del regime ambulatoriale le Regioni inserirono nei nomenclatori regionali nuove prestazioni, che vennero valorizzate ex novo. I primi lavori di ricerca sui costi dei cicli evidenziarono che queste valorizzazioni in Drg o chirurgia ambulatoriale non coprivano veramente i costi della Pma. Sul versante dell'accesso fu più semplice invece, in una apposito tavolo tecnico, trovare un accordo tra i rappresentanti delle Regioni sul consentire la Pma gratuita fino al compimento del 43° anno e per almeno 4 cicli di I livello e tre cicli di II livello, pur con qualche fantasiosa eccezione assessorale locale. A rendere la valorizzazione della Pma urgentissima fu però la emanazione dei decreti D.lgs 191/2007 e D.lgs 16 2010 e del conseguente Accordo Stato Regioni sui requisiti dei centri del 15 marzo 2012. In seguito alla implementazione di questa normativa Europea (la cosiddetta "Tissue Directive") i Centri Pma furono definiti a tutti gli effetti "Istituti dei Tessuti" con relativi ed onerosi obblighi normativi/organizzativi, logistico/strutturali, strumentali che comportano importanti impegni economici e carichi di lavoro per il personale dei Centri Pma, ulteriormente gravati dalla necessità di un costante monitoraggio del sistema di gestione della qualità, finalizzato al mantenimento dei requisiti per l'accreditamento biennale Regioni/Cnt. Questo si concretizzò in un grande impatto nei costi della gestione dei centri Pma.
Sulla spinta di alcune regioni fu delegato alla Sub Area Pma della Commissione Salute (Conferenza delle Regioni) il compito di presentare uno studio aggiornato sui costi della Pma. Furono organizzati studi con diverse modalità di calcolo dei costi, sia analitiche, che con la metodica più moderna dell'Activity Based Costing. Alla ricerca partecipò anche un centro privato con un buon volume di attività. Fu considerato anche che la composizione dei costi risente dei costi indiretti e generali, ad oggi molto diversi nelle varie Regioni, che si decise di calcolare in modo omogeneo a livello nazionale al 35%.
Alla fine del lavoro, durato vari anni, il gruppo di esperti valutò i risultati finali degli studi compiuti in Friuli, Piemonte, Toscana, Sicilia, Liguria, Puglia e Umbria. Nonostante percorsi in parte diversi, si giunse alla conclusione che la valorizzazione di un ciclo di Pma omologo completo, senza prestazione extra, fosse sostanzialmente quantificabile in non meno 2.300 euro, ovviamente escludendo il costo dei farmaci. Questo avveniva Il giorno 28 settembre 2017. Da allora sono però sostanzialmente cambiate le modalità di eseguire la Pma, basti pensare alla coltura a blastocisti e alla alta percentuale di cicli in cui si eseguono congelamenti ovocitari o embrionari, pratiche che riguardano una grande percentuale dei cicli e ne aumentano decisamente i costi. Inoltre è iniziata in alcune regioni la erogazione della Pma eterologa ed in alcuni centri pubblici stanno iniziando le prime pratiche di diagnosi genetica preimpianto.
Come detto in precedenza, dal 2017 i nuovi Lea sono stati pubblicati, ma non tariffati, rendendo la loro erogazione in pratica impossibile nei centri pubblici. Ancora una volta alcune regioni virtuose hanno prodotto e supportato percorsi regionali sovrapponibili ai Lea, ma questo ha generato grande confusione negli scambi tra le regioni e frustrazione negli utenti delle regioni che hanno deciso di attendere la tariffazione dei Lea. Il Giss (Gruppo interesse Speciale sterilità) della Sigo ha quindi intrapreso un'azione politica importante preparando dapprima una proposta aggiornata di tariffe della Pma, condivisa da tutto il Giss, e presentandola poi nelle opportune sedi istituzionali. Il Ministero ha risposto a questa sollecitazione nominando un tavolo di dieci esperti, coordinato dal collega professor Mencaglia, che dovrà coadiuvare i funzionari ministeriali nella definizione finale delle tariffe. Che sia la volta buona? Speriamo! Abbiamo bisogno di tariffe che coprano la complessità delle nostre prestazioni e consentano la crescita necessaria dei centri pubblici, che comprende non soltanto il mantenimento dell'attività, ma anche la implementazione di tutte le nuove tecnologie necessarie a non restare indietro in questo campo scientifico e clinico in tumultuosa espansione, un campo della ginecologia necessario per il contributo che porta ogni giorno alla battaglia contro la denatalità.

GYNECO AOGOI NUMERO 6 - 2021

16

CONTRIBUTI

Terapia ormonale sostitutiva
Dalle linee guida alla pratica clinica

Il termine Terapia ormonale sostitutiva (Tos) comprende tutte le terapie ormonali, per via orale, transdermica e vaginale, terapie estro-progestiniche, sequenziali o continue, con un'ampia varietà di composti con proprietà estrogenica, progestinica, composti ad azione estro-progestinica-androgenica (Tibolone), combinazioni di estrogeni con SERMs (denominati Tsec). Tutti questi preparati hanno benefici, ma soprattutto potenziali effetti collaterali e rischi non omogenei. Di conseguenza, per la Tos non esiste un "effetto di classe" assoluto. Assumere un effetto di classe non è appropriato e genera confusione tra i Clinici e la popolazione

MARCO GAMBACCIANI
Segretario Società Italiana della Menopausa

IL RAPPORTO BENEFICI/RISCHI della Tos non è assoluto, ma varia in funzione della selezione delle donne, il momento di inizio, la dose ed il tipo di Tos.
In generale, non esiste un prodotto ideale per tutte le donne. Ogni combinazione ha caratteristiche peculiari, permettendo una personalizzazione dinamica della terapia, modificando dose e via di somministrazione in base alle caratteristiche, obiettivi e preferenze della donna.
È ormai accettato che la Terapia ormonale sostitutiva non deve essere consigliata in assenza di un'indicazione (Tabella 1). La Tos è la terapia più efficace per il trattamento dei sintomi vasomotori e della sindrome genitourinaria della menopausa. Altri sintomi climaterici come i dolori muscolo-articolari, le alterazioni del tono dell'umore, le modificazioni del ritmo sonno-veglia, le modificazioni del comportamento sessuale, e la qualità di vita (QoL) possono migliorare con la Tos.
La Terapia ormonale sostitutiva sistemica è indicata per le donne sintomatiche di età inferiore ai 60 anni, o comunque entro i 10 anni dalla menopausa, dopo avere escluso la presenza di controindicazioni (Tabella 2). Non ci sono controindicazioni alla patologie neoplastiche non ormono-dipendenti compreso il carcinoma della cervice. Inoltre, alcune condizioni frequenti come la fibromatosi uterina, l'endometriosi, il diabete, l'ipercolesterolemia, l'ipertrigliceridemia, il fumo, l'ipertensione e l'obesità, non sono controindicazioni, ma indicazioni ad una personalizzazione di dosaggi e schemi di trattamento, con bassi dosaggi e/o terapie transdermiche.

Tabella 1: Indicazioni alla Terapia ormonale sostitutiva

- Sindrome vasomotoria
- Sindrome Genitourinaria
- Dolori muscolo-articolari migranti
- Modificazioni del ritmo sonno-veglia
- Alterazioni del tono dell'umore
- Disfunzioni sessuali
- Prevenzione dell'osteoporosi e delle fratture correlate
- Prevenzione dell'atrofia
  - Epiteli, cute
  - tessuto connettivo
  - dischi intervertebrali

Tabella 2: Controindicazioni alla Terapia ormonale sostitutiva

- Sanguinamento uterino anomalo non investigato
- Iperplasia endometriale non trattata
- Carcinoma della mammella
- Carcinoma endometriale
- Patologia coronarica e cerebrovascolare
- Tromboembolia venosa
- Malattie epatiche croniche o in atto
- Porfiria cutanea tarda
- Otosclerosi
- Ipersensibilità nota al principio attivo o ad uno qualsiasi degli eccipienti
- Rifiuto della donna informata

LA SELEZIONE DELLE PAZIENTI SINTOMATICHE È ESSENZIALE

Infatti, la presenza di sintomi della menopausa è correlata ad un maggior rischio endocrino-metabolico che condiziona un profilo di impiego clinico più mirato e razionale, come per la prevenzione dell'osteoporosi e le fratture ad essa correlate. La Tos riduce il rischio di diabete e ha effetti positivi su altri fattori di rischio per malattia cardiovascolare come il profilo lipidico, la pressione arteriosa, la distribuzione del grasso corporeo e la sindrome metabolica. Studi osservazionali e randomizzati, evidenziano la riduzione del rischio di malattia coronarica, mortalità cardiaca e mortalità totale, se la Tos è iniziata in donne con sintomatiche, altrimenti sane, senza malattie cardiovascolari, al di sotto dei 60 anni o entro i 10 anni dall'inizio della menopausa (concetto riferito come finestra di opportunità, "window of opportunity").
La maggioranza delle donne in postmenopausa può utilizzare la Tos. Le donne che non possono assumere la Tos possono utilizzare terapie alternative. La terapia ormonale locale (con estrogeni o prasterone) è la terapia di scelta per le donne che lamentano unicamente la sindrome genitourinaria.

NON VI È ALCUNA INDICAZIONE PER LIMITAZIONI ALLA DURATA D'USO DELLA TOS.

Per compensare l'effetto dell'età sul rischio trombotico, dopo i 65 anni sarebbe opportuno privilegiare la somministrazione transdermica di estrogeni. La decisione di continuare, modificare o cessare dipende dalle condizioni individuali della donna e dagli obiettivi clinici**.** La prevenzione della perdita della massa ossea e delle fratture può essere un'indicazione per una durata prolungata in donne selezionate.
La Tos combinata continua riduce significativamente il rischio di tumore dell'endometrio e del cancro del colon-retto.

IL GRADO DI ASSOCIAZIONE TRA CARCINOMA DELLA MAMMELLA E TOS IN POSTMENOPAUSA È CONTROVERSO

Il rischio attribuibile alla Tos è basso e quantificabile per le donne che utilizzano prodotti combinati estro-progestinici quali EC+Mpa in circa 8 casi in più per ogni 10mila donne/anno. La somministrazione di soli EC in donne isterectomizzate non aumenta il rischio di carcinoma della mammella (circa 7 casi in meno per ogni 10mila donne/anno). Studi osservazionali indicano che la somministrazione di estradiolo in associazione con progesterone micronizzato o deidrogesterone non è associata ad un aumento significativo del rischio di cancro della mammella, come avviene con alcuni progestinici di sintesi.
L'uso di EC in associazione al Bza per la protezione endometriale ha la potenzialità di ridurre o annullare il rischio mammario, grazie all'effetto antiproliferativo sulla mammella del Serm dimostrato negli studi sperimentali, anche se al momento non esistono dati clinici al riguardo.
Nelle donne con menopausa precoce naturale o indotta o che hanno avuto menopausa prima dei 45 anni la TOS dovrebbe essere iniziata precocemente e continuata almeno fino all'età media della menopausa (51 anni) anche in assenza di sintomatologia clinica, per la prevenzione di CHD, osteoporosi, disturbi affettivi e funzione cognitiva.

17

CONTRIBUTI

Vaccini in gravidanza: valori e riferimenti medico-legali

Il Ministero della Salute nel corso della gravidanza raccomanda la vaccinazione antipertosse, preferibilmente fra la 28 e la 32 settimana e la vaccinazione antiinfluenzale, durante la stagione epidemica. Queste vaccinazioni vanno ripetute ad ogni gravidanza

MAURIZIO SILVESTRI
Dirigente medico Cosultorio Spoleto Val Nerino
Tesoriere nazionale Aogoi

DALLO SCORSO SETTEMBRE è raccomandata anche la vaccinazione anti Covid 19 durante il II-III trimestre di gravidanza mentre, nel I trimestre, è necessario valutarne con il curante rischi e benefici. Sempre raccomandata, invece, questa vaccinazione per i conviventi della gestante al fine limitare il rischio di contagio durante la gravidanza e l'allattamento.

La pertosse contratta in gravidanza non determina particolari rischi per la gestante e neppure per il feto. Se il neonato di gestante non vaccinata dovesse contrarla nel primo trimestre di vita, ha un elevato rischio di ricovero in Tin e addirittura di morire. Le complicanze sono soprattutto la polmonite o l'encefalopatia ipossica che può aversi durante gli accessi tussigeni che caratterizzano la malattia. Se poi dovesse contrarla dopo il primo trimestre e fino a tutto il primo anno di vita, ha un elevato rischio di essere ospedalizzato. La differente prognosi dipende della vaccinazione del nascituro, che inizia dopo il primo trimestre di vita e si conclude, con la III dose, inoculata all'undicesimo mese. Il vaccino in commercio è trivalente ed oltre alla pertosse si ha anche l'immunizzazione materna contro il tetano e la difterite.

La gestante è ad alto rischio di complicanze, soprattutto bronco-polmonari, se dovesse contrarre **l'influenza stagionale**. La probabilità di essere ricoverata è quattro volte superiore rispetto ad una pari età non in gravidanza. Per questo il Ministero della Salute ne raccomanda la vaccinazione all'inizio di ogni stagione epidemica.

Da due anni anche noi sanitari abbiamo dovuto aprire le porte all'inaspettato cigno nero: **il Sars CoV-2.** La Sigo, con le confederate Aogoi, Agui, Agite, nei vari comunicati stampa ha ritenuto la gravidanza un fattore di rischio per una evoluzione grave della Covid-19 e, nei confronti di questa malattia, le gestanti debbono essere considerate popolazione fragile. La prevenzione dell'infezione è una priorità per le donne in gravidanza e la vaccinazione lo strumento centrale per proteggere le gestanti e neonati,

Il comunicato stampa del 26 settembre 2021 riporta: In effetti si tratta di un vaccino che contiene mRNA, non il virus, e quindi non vi sono motivi biologici che controindicano il suo utilizzo in qualunque fase della gravidanza. Non ci sono ragioni per ritenere che il vaccino aumenti il rischio teratogeno e vi è documentazione che non aumenta il rischio di aborto nel primo trimestre. In ciò ci permettiamo di precisare che per i motivi esposti la vaccinazione **può essere consigliata in tutte le epoche della gravidanza** e ciò tenendo conto dei dati epidemiologici ma anche da quanto ribadito dall'Organizzazione mondiale della sanità.

I medici, soprattutto quelli della dipendenza, **possono non promuovere attivamente** le vaccinazioni raccomandate in gravidanza dal Ministero della Salute?

La circolare del nostro Ministero del 9 marzo 2017 avente per oggetto: Aspetti operativi per la piena e uniforme implementazione del nuovo Pnpv 2017-2019 all'articolo 2, ricorda **gli obblighi per i medici.** I medici hanno l'obbligo di attenersi al codice deontologico e, per quelli dipendenti da pubbliche amministrazioni, di rispettare i termini del contratto stipulato con le strutture del servizio sanitario. Ne consegue che hanno l'obbligo di promuovere attivamente le vaccinazioni inserite nel Calendario vaccinale nazionale approvato dal Ministero della Salute.

Nel nostro codice penale è previsto **il reato omissivo** che è l'illecito posto in essere da un soggetto che rimane inerte pur avendo l'obbligo di compiere una determinata azione.

Questo reato viene distinto in **proprio** (o di condotta) e **improprio** (o di evento). Nel primo caso la semplice omissione è sufficiente per ritenerlo penalmente responsabile. Nel **reato omissivo improprio**, invece, è richiesto che dall'omissione derivi un evento avverso che la legge mira ad evitare. L'omissione di soccorso può essere un esempio del reato omissivo proprio. Per compiere il reato è sufficiente che non si presti soccorso. Incontrando un ciclista che è caduto ho l'obbligo di soccorrerlo. Se non lo facessi incorrerei nel reato omissivo proprio o di condotta anche se il ciclista, dopo essersi rialzato da solo, andrà a vincere la corsa.

Il reato omissivo improprio o di evento si consuma quando, a seguito dell'omissione da parte di un soggetto che ha l'obbligo di intervenire, scaturisce un evento avverso. Un esempio è la vaccinazione antipertosse in gravidanza che, soprattutto i medici dipendenti, hanno l'obbligo di promuovere attivamente. Se un medico dipendente dall'Asl non la promuovesse attivamente alla gestante ed il neonato di quest'ultima non dovesse contrarla, il medico, pur avendo commesso una omissione, non compie reato poiché non c'è stato l'evento avverso. Se invece il neonato dovesse contrare la pertosse ed essere ricoverato in Tin o altro, il medico avrà commesso un reato omissivo improprio o di evento poiché, dalla sua mancanza, è scaturito l'evento avverso.

Il consiglio è lasciare traccia sul diario della gravidanza della nostra promozione attiva delle vaccinazioni che il Ministero raccomanda in gravidanza.

Il consiglio principale, per evitare le malattie prevenibili con le immunizzazioni, è promuovere attivamente queste ed altre vaccinazioni riconoscendone anche il valore sociale cioè la protezione delle persone fragili attraverso la vaccinazione delle persone sane.

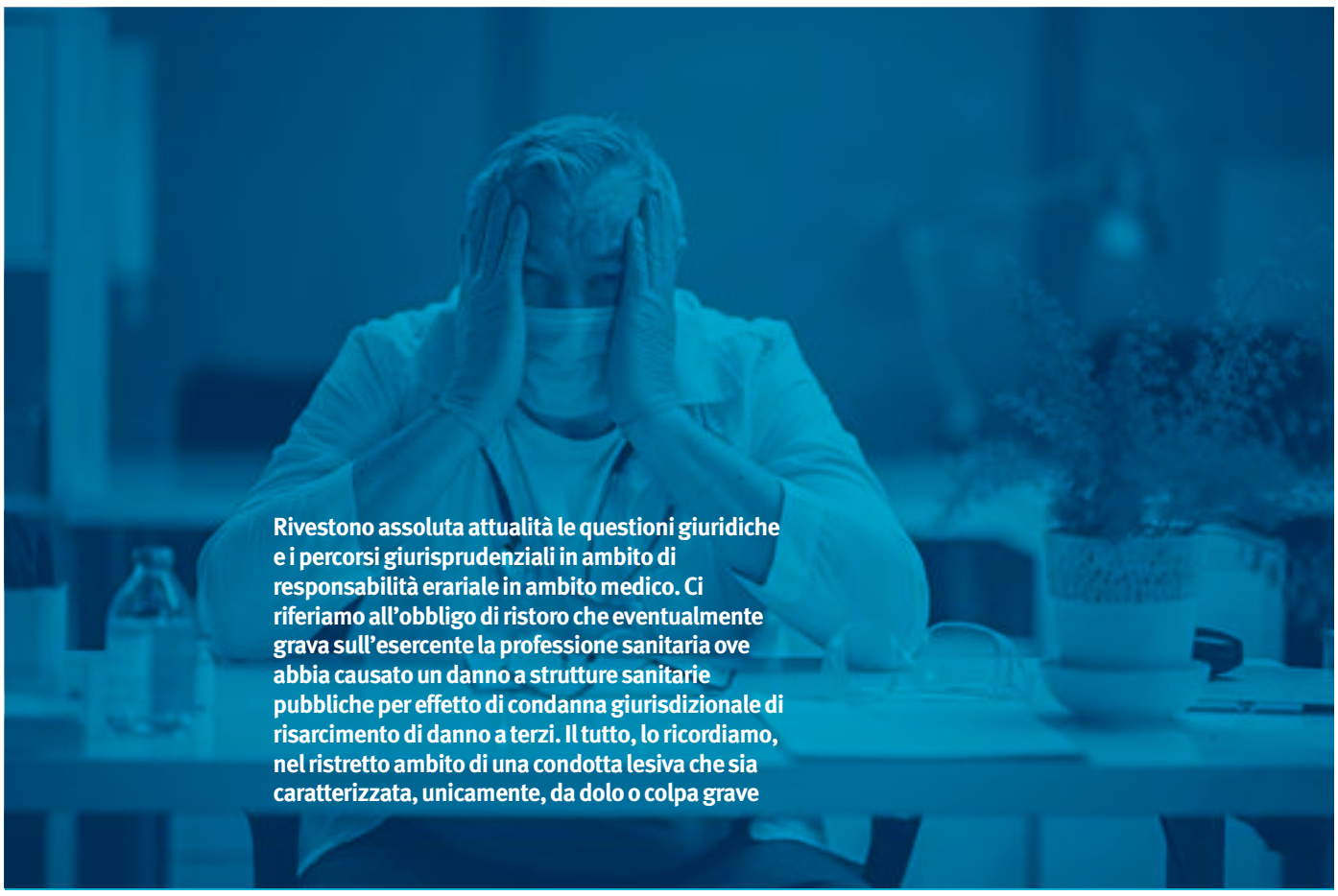
È questa l'immunità solidale.

18

CONTRIBUTI

Responsabilità erariale in ambito medico

Il giudizio dinanzi la Corte dei Conti tra la Legge 24/2017 e la giurisprudenza contabile



Rivestono assoluta attualità le questioni giuridiche e i percorsi giurisprudenziali in ambito di responsabilità erariale in ambito medico. Ci riferiamo all'obbligo di ristoro che eventualmente grava sull'esercente la professione sanitaria ove abbia causato un danno a strutture sanitarie pubbliche per effetto di condanna giurisdizionale di risarcimento di danno a terzi. Il tutto, lo ricordiamo, nel ristretto ambito di una condotta lesiva che sia caratterizzata, unicamente, da dolo o colpa grave

Avv. Sabino Laudadio

IL SOGGETTO PASSIBILE di responsabilità erariale è l'esercente - anche non dipendente - di cui l'ente si sia avvalso per l'adempimento della prestazione sanitaria, anche in regime convenzionale o di libera professione *intramuraria*. È un potere di azione rimesso dalla legge in via esclusiva agli uffici requirenti contabili che contestano la condotta distinta da dolo e colpa grave, il nesso di causalità fra le stesse e l'evento dannoso subito dall'amministrazione.

Al giudice contabile è, quindi, riconosciuto un ampio ricorso alla discrezionalità in relazione alla peculiarità della vicenda sottoposta al suo esame al fine di rendere la sentenza più aderente alle esigenze del caso concreto. Sempre secondo la dottrina, il riconoscimento di un potere del giudice contabile di commisurare la somma risarcitoria ascrivibile al responsabile all'entità della colpa grave è espressione di una funzione della responsabilità non soltanto riparatoria del pregiudizio patito dall'amministrazione, ma anche di una finalità di dissuasione e prevenzione dei comportamenti illeciti, a presidio, così, del buon andamento e della integrità patrimoniale della pubblica amministrazione.

La Legge 24/2017, in tema di responsabilità, ha parzialmente innovato il sistema della responsabilità erariale. In estrema sintesi le novità sono (i) tetto massimo pecuniario per le condanne *giuscontabili* a carico del soggetto citato in giudizio (art.9 comma 5) (ii) utilizzabilità da parte della Corte dei Conti degli elementi istruttori assunti in sede civile, quale mero argomento di prova a carico del medico, solo ove questo sia stato parte del giudizio civilistico (art.9 comma 7) (iii) inammissibilità dell'azione contabile ove l'Azienda non abbia comunicato all'operatore autore dell'asserito illecito, nel termine di quarantacinque giorni, copia dell'atto giudiziario notificato all'ente (art.13) (iv) decadenza per l'azione contabile se promossa dopo un anno dall'avvenuto pagamento, fermo che nel giudizio ad esso relativo il medico non sia stato parte processuale.

Esaminati gli elementi essenziali del giudizio di responsabilità erariale cosi come rinnovato dal L.24/2017, intendo con questo intervento illustrare le indicazioni che la giurisprudenza contabile ha fornito in questi ultimi anni, alla luce anche dei nuovi precetti della c.d. Legge 24/2017, al fine di chiarire meglio alcun aspetti che talvolta angosciano il personale medico che ho conosciuto nell'ambito della mia attività di difensore per l'Ufficio Legale AOGOI.

TRANSAZIONE – PATTEGGIAMENTO

All'insorgere del sinistro, come noto, possono astrattamente seguire (i) un giudizio penale (ove sussistenti i presupposti) che può risolversi con condanna eventualmente anche risarcitoria o patteggiamento, (ii) un giudizio civile eventualmente conciliabile con accordo transattivo.

Ove nelle ipotesi anzidette l'Azienda Pubblica si trovi costretta ad un esborso economico per responsabilità di propri *intranei*, la Procura Contabile, se sollecitata, avvia la propria attività di indagine per verificare la sussistenza degli anzidetti requisiti di dolo o colpa grave nell'operato del dipendente coinvolto. Se la notizia di danno erariale presenta gli imprescindibili requisiti della specificità e della concretezza, l'organo requirente contabile apre l'istruttoria e, qualora ritenga fondata la predetta notizia, esercita l'azione attraverso l'invito a dedurre e la citazione a giudizio. Altra ipotesi è il danno pubblico derivante dal pagamento sostenuto dalla struttura sanitaria, quale obbligo di garanzia verso l'esercente condannato, qualora non sia stata stipulata una polizza assicurativa o la stessa preveda la copertura di una c.d. *franchigia*. Sul punto, e lo vedremo meglio infra, la Corte dei Conti Lombardia (n.1717/2019) ammonisce le Aziende ove non soppesino con attenzione le transazioni delegandole alle assicurazioni e partecipino solo formalmente alla trattativa ed alla valutazione medico-legale dei fatti per una loro più obiettiva considerazione al fine di disancorarla da logiche solo economico/assicurative che ridondano sul singolo medico evocato poi per danno indiretto in sede contabile.

La Corte dei Conti Emilia (n.100/2017) - nel riconoscere l'indirizzo giurisprudenziale maggioritario – ha ricordato che la sentenza di "patteggiamento" non sia sufficiente a dimostrare l'effettiva colpa grave del medico. La sentenza di "*patteggiamento non può costituire prova di ammissione di responsabilità, tanto che detta sentenza non costituisce prova, in base ad un orientamento condivisibile, nel processo civile per il risarcimento danni*". Come più volte ribadito dalla giurisprudenza, spetta alla Corte erariale il suo irrinunciabile libero convincimento, soprattutto qualora l'esborso risarcitorio da parte dell'Azienda sanitaria sia avvenuto in sede transattiva. L'autonomia di valutazione del giudice contabile è ancor più marcata soprattutto se le transazioni sono gestite da Compagnie assicurative. La L.24/2017 ha introdotto una previsione operativa con effetti di natura processuali allorquando ha fissato l'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria circa la pendenza del giudizio basato sulla sua responsabilità o sull'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invi-

to a prendervi parte. L'omissione, la tardività o l'incompletezza della comunicazione preclude l'ammissibilità dell'azione di rivalsa civilistica sia dell'azione di responsabilità amministrativa.

RAPPORTI CON IL GIUDIZIO CIVILE

Il pregresso giudizio civile costituisce presupposto di fatto dell'azione di responsabilità. Esso è tuttavia inidoneo a fare pieno stato nel giudizio contabile. Vi è infatti diversità delle parti e degli elementi strutturali dell'illecito contabile rispetto a quello civile, anche considerato che molto spesso è citata in giudizio l'Azienda Ospedaliera senza l'intervento dei medici.

ATTI ISTRUTTORI DEL GIUDIZIO PENALE - PERIZIA DEL PM

Val la pena segnalare l'arresto giurisprudenziale contabile in relazione al valore probatorio da assegnare alla consulenza tecnica di parte del Pubblico Ministero penale nel procedimento per il reato di omicidio colposo svoltosi a carico del medico. Il Collegio ha affermato la non identificabilità del suddetto documento alla stregua di una consulenza tecnica di ufficio: nella corretta interpretazione dei giudici contabili, infatti, esso è stato considerato un mero "*atto di parte*".

TERMINE QUINQUENNALE DI PRESCRIZIONE

Pacificamente si ritiene che nell'ipotesi in cui l'amministratore pubblico o il pubblico dipendente sia chiamato a rispondere del danno conseguente ad obbligazione risarcitoria dell'amministrazione nei confronti di terzi (c.d. responsabilità indiretta), il verificarsi del danno erariale coincide con il depauperamento subito dall'amministrazione, a tal fine rilevando solo il materiale esborso del denaro.

LINEE GUIDA - COLPA GRAVE

La valutazione effettuata dal Giudice erariale non può prescindere dal verificare se l'esercente abbia osservato, salve le specificità del caso concreto, le raccomandazioni indicate all'interno delle linee guida o, in caso di loro assenza, le buone pratiche clinico-assistenziali. Consolidata giurisprudenza della Corte dei Conti afferma che ai fini della valutazione del nesso causale tra la condotta dei sanitari e il danno indiretto per *malpractice* medica, non è sufficiente contestare una condotta contraddistinta da colpa grave solo poiché difforme dalle linee guida (nel caso in cui si dimostri che le stesse sono accreditate presso la comunità scientifica), ma spetta al Pubblico Ministero la dimostrazione positiva che le scelte diagnostiche e chirurgiche operate nel caso concreto si siano poste quale causa efficiente diretta del disagio arrecato al paziente che ha portato alla richiesta di risarcimento del danno, liquidato dalla struttura aziendale pubblica (CdC Emilia 49/2016 e 74/2016).

Arriviamo al concetto di **colpa grave.** Essa va intesa come errore macroscopico dovuto a inescusabile e sprezzante trascuratezza e negligenza nell'espletamento delle proprie mansioni, svolte senza quel minimo di diligenza e curanza degli interessi pubblici che è lecito attendersi da un agente pubblico, in uno con la prevedibilità delle conseguenze dannose del comportamento (CdC Veneto 41/2018-Marche, 29/ 2020), sicchè "*la condotta può essere valutata come gravemente colposa allorché il comportamento sia stato del tutto anomalo ed inadeguato, tale, cioè, da costituire una devianza macroscopica dai canoni di diligenza e perizia tecnica da collocarsi in posizione di sostanziale estraneità rispetto al più elementare modello di attività volta alla realizzazione degli interessi cui gli operatori pubblici sono preposti* (CdC Lazio 120/2017)

> Spero questo contributo offra spunti sulla gestione del contenzioso erariale per il quale l'Ufficio Legale AOGOI è munito delle migliori competenze e disponibile a fornire ogni tipo di assistenza.

POTERE RIDUTTIVO DEL GIUDICE CONTABILE

Il potere riduttivo del giudice contabile rappresenta uno degli elementi che maggiormente differenzia il giudizio di responsabilità amministrativa da quello risarcitorio in considerazione delle componenti soggettive ed oggettive della vicenda, che giustificano il potere di riduzione dell'addebito.

La più frequente tra le circostanze oggettive del fatto, attribuibili all'amministrazione, è l'inadeguata organizzazione del servizio. Il giudice contabile, quindi, deve tenere conto del fatto che il medico non può farsi carico degli aspetti organizzativi generali e/o specifici ricollegabili a comportamenti illeciti concorrenti dei vari livelli che tuttavia pongano il soggetto agente in una situazione di maggiore probabilità di determinare il fatto dannoso.

Ciò trova codificazione nel comma 5 dell'art. 9 della L.24/2017. Allo stesso modo possono essere valutabili circostanze soggettive quali, ad esempio, elementi emotivi del soggetto agente, un contesto operativo di contenuto *stressogeno*, *la forte tensione emotiva del soggetto agente "ponendo a carico dell'Amministrazione il maggior rischio derivante invece da quelle condizioni e/o situazioni anche soggettive, ma oggettivamente rilevanti che possono aver influito, pur se indirettamente, nella produzione dell'evento»* (CdC Emilia, 29/2015 – CdC Toscana, 58/2016).

Situazioni del genere costituiscono elementi "*di cui il giudice contabile deve considerare l'applicazione tutte le volte che sia emerso, nel corso del giudizio, che l'esercente ha agito in un contesto di particolare difficoltà, anche organizzativa, che tuttavia non ha raggiunto un livello tale da comportare l'esclusione della colpa grave»*. Sono al contrario state ritenute ininfluenti ai fini dell'esercizio del potere riduttivo dell'addebito, la positiva valutazione dei precedenti di servizio del soggetto ritenuto responsabile di danno erariale, (CdC Emilia1117/2004); il comportamento e la personalità del convenuto; l'allontanarsi del medico dal paziente, ricoverato in ospedale pubblico, per altre incombenze sempre attinenti alle mansioni (CdC Lombardia, 777/ 2000); il suo stato di salute e le gravi condizioni di stress psico-fisico (si tratta di un interessante caso in materia di colpa professionale del personale medico: CdC Sicilia1287/2007; i turni gravosi di lavoro (CdC Sicilia, 1287/ 2007); la mancanza di una previa adeguata attività formativa o professionale (CdC 13/1989).

ASSICURAZIONE E RESPONSABILITÀ ERARIALE

Ultimo aspetto su cui soffermarsi è il ruolo dell'Assicurazione nell'ambito della responsabilità erariale. Merita di essere ripercorso un recente arresto del Collegio lombardo (171/2019) con cui si fissa un principio di grande interesse per le ipotesi di polizza aziendale con "franchigia aggregata". "*L'alea insita in una polizza aziendale con franchigia aggregata non può essere fatta interamente valere su medici ed infermieri che errano in periodo di franchigia, ma una parte va posta a carico della Azienda stessa, con conseguente esercizio di congruo potere riduttivo dell'addebito allorché il sinistro si sia verificato in un periodo in cui la franchigia non risultasse erosa*" Ciò in quanto, afferma il giudice contabile, la previsione di franchigie è una prassi abituale in ambito assicurativo che ha assunto proporzioni notevoli nell'ambito delle polizze di responsabilità civile medica poiché, consentendo all'assicuratore ed all'assicurato di giungere a un accordo economico che comporta costi più contenuti e mantiene in equilibrio tecnico il rischio.

La cennata Corte ha ritenuto "*perverso*" il meccanismo di funzionamento delle polizze assicurative con franchigia aggregata, "*che affida a circostanze casuali e talvolta cabalistiche, l'imputazione a medici ed infermieri di una quota più o meno ampia di danno patito dalla Azienda in occasione di sinistri sanitari. Ed invero, se per circostanze meramente casuali-temporali un sinistro si verificasse sotto la vigenza temporale della parte iniziale (cronologicamente) di una polizza, ergo in un periodo in cui la franchigia aggregata è totalmente ancora aperta e quindi a carico dell'Azienda, quest'ultima si accollerebbe l'intero costo dell'esborso risarcitorio e, a catena, il medico (o l'infermiere) verrebbe convenuto in sede di rivalsa giuscontabile per il totum di tale importo. Se invece, per parimenti casuali circostanze temporali, il medesimo medico (o infermiere) commettesse un errore sanitario risarcibile sotto la vigenza temporale della fase finale di una polizza, ergo in un periodo in cui la franchigia aggregata si è totalmente erosa, l'Assicurazione pagherebbe in via esclusiva il sinistro al terzo danneggiato, senza oneri sulla Azienda sanitaria e, a catena, senza possibili rivalse giuscontabili sul medico (o infermiere)*.

Il potere riduttivo applicato al precedente è così lo strumento operativo al fine di riequilibrare le conseguenze paradossali - a danno del singolo sanitario (od eventualmente della di lui assicurazione) - derivanti da una polizza della struttura con franchigia aggregata.

Spero questo contributo offra spunti sulla gestione del contenzioso erariale per il quale l'Ufficio Legale AOGOI è munito delle migliori competenze e disponibile a fornire ogni tipo di assistenza.

19

CONTRIBUTI

Dalla pandemia all'opportunità per ridisegnare e valorizzare la professione ostetrica

SILVIA VACCARI
Presidente Federazione nazionale Ordini della professione ostetrica (Fnopo)

Nella giornata del 13 Dicembre 2021 si terrà, all'interno del Congresso SIGO a Sorrento, una sessione scientifica delle componenti del Comitato Centrale della Federazione Nazionale Ordini della Professione Ostetrica, programmata in collaborazione con gli Ordini della Professione di Ostetrica della regione Campania. Tutti gli interventi hanno come fulcro una parte importante della core mission della Professione ostetrica

LA PRIMA PARTE DELLA SESSIONE sarà dedicata all'esplorazione e condivisione dell'importanza delle indagini sul database delle ostetriche/i attivabili. Le previsioni devono abbracciare un orizzonte temporale di medio-lungo termine, tenuto conto della durata del percorso di studio e della scarsa elasticità dell'attuale sistema formativo. L'offerta di professionisti sanitari, infatti, deve essere messa in relazione con la loro domanda al fine di identificare la successiva capacità di assorbimento del mercato del lavoro, quantificare eventuali carenze o eccedenze di personale nel futuro e porre in essere le azioni opportune per prevenirle.
Altra tematica affrontata sarà la Metodologia di Riconoscimento dei Titoli delle ostetriche straniere, una procedura che ha come fine quello di monitorare gli ingressi dei professionisti stranieri attivabili nel nostro Paese, conoscere il numero di riconoscimenti del titolo di Ostetrica degli altri Paesi europei ed extraeuropei che vengono deliberati dal Ministero e l'effettivo riconoscimento del titolo delle richiedenti sui quali è stato espresso parere positivo in Conferenza dei servizi. Grazie a tale analisi è possibile capire la ricaduta del processo di riconoscimento e avere una importante mappatura dello stato dell'arte, conoscere il numero dei riconoscimenti automatici e di quelli concessi in Conferenza, di conseguenza a quante/i ostetriche/i europee viene riconosciuto il titolo automaticamente e quante poi effettivamente concludono l'iter per il riconoscimento.
La Fnopo e le ostetriche/i nel contesto Europeo ed Internazionale, la Fnopo è rappresentata in Ema (*European Midwives Association*) e all'interno del gruppo degli *European Midwifery Regulators* (le Federazioni europee delle Ostetriche) nelle quali partecipa e collabora nei percorsi di sviluppo della professione, nella ricerca e nella formazione.
Nella seconda parte si tratterà la tematica de "La Medicina di genere e la professione ostetrica", in quanto la medicina di genere risponde al bisogno di una rivalutazione dell'approccio medico-scientifico per migliorare non solo le conoscenze sui diversi aspetti alla base delle differenze di genere, ma anche l'adeguatezza dell'intervento sulla salute nella nuova consapevolezza che l'approccio clinico non è solo interdisciplinare e trasversale, riguardando ogni branca e specialità, ma soprattutto pluridimensionale.
Nel corso della sessione "Tas: l'Ostetrica/o e i Tavoli ministeriali; quali scenari di miglioramento per promuovere la salute delle donne" si affronterà il tema del ruolo dell'Ostetrica quale agente nella promozione e facilitatore dell'allattamento al seno, attraverso il monitoraggio dell'applicazione delle raccomandazioni indicate nelle "*Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno*" nonché il suo contributo a elaborare proposte tecnico-scientifiche.
"Delphi Method, uno strumento per la costruzione del consenso: l'esempio del Codice Deontologico della professione dell'ostetrica/o". In termini più specifici, il metodo Delphi è una tecnica usata per ottenere risposte a un problema da un gruppo (panel) di esperti indipendenti attraverso due o tre round. La metodologia è stata adottata per valutare i contributi che le ostetriche/i Italiane hanno inviato a seguito della proposta di revisione del Codice deontologico.
Le professioniste Ostetriche/i si mettono a disposizione delle donne, delle famiglie e della società per rispondere con efficacia, efficienza, equità e sicurezza alle richieste dei bisogni individuali.

21

CONTRIBUTI

Rivoluzione educativa e culturale: la grande responsabilità delle ostetriche

ANTONELLA MARCHI
Presidente e Consiglio Direttivo Associazione Italiana di Ostetricia (Aio)

A dieci anni dalla costituzione dell'Associazione Italiana di Ostetricia, Ostetriche e Ginecologi sono fieri di portare a questo prestigioso Congresso Nazionale Sigo 2021, l'esperienza maturata in questi anni ma soprattutto la crescita da parte delle Ostetriche all'interno della società, che ci ha suggerito il titolo della sessione "Rivoluzione educativa e culturale: la nostra grande responsabilità di ostetriche"

LE OSTETRICHE HANNO una grande responsabilità rispetto a sé stesse in qualità di professioniste per mantenere un elevato livello formativo ed assistenziale, ma soprattutto verso le donne, le loro famiglie ed i loro figli, che non è solo responsabilità di saper attuare un'assistenza in best practice, ma qualcosa di più profondo che riguarda la "cultura di salute di un popolo".
Le Ostetriche devono sensibilizzare ed educare la loro comunità sui problemi di salute e difenderne i diritti ma devono anche proteggere la loro professione ed ampliare le loro azioni attraverso il sostegno dei principali leader e responsabili professionali, come la Federazione Nazionale delle Ostetriche ed i politici per una equità salariale. Il divario retributivo di genere è alle stelle nell'assistenza sanitaria e le Ostetriche non sono rappresentate bensì sottovalutate, nonostante l'enorme responsabilità che la professione comporta. Il Governo può cambiare questa impostazione, gli investimenti finanziari nell'ostetricia sono un ritorno sulla salute globale, sullo sviluppo e sui risultati di genere.
Quando i diritti delle Ostetriche vengono abusati, tutto il mondo femminile ne soffre.
Assumersi veramente ogni responsabilità è imperativo per noi, non si può più rimandare, abbiamo la capacità come esseri umani di co-creare cose straordinarie, ma falliamo se non ci assumiamo la responsabilità della nostra parte.
Non dobbiamo mai arrenderci dando scontato che i politici siano ben informati su ciò che sosteniamo e dobbiamo coinvolgere i cittadini per far comprendere che ci occupiamo della loro salute, dei loro diritti riproduttivi affinché ognuna abbia un'assistenza sanitaria sessuale e riproduttiva sicura ed accessibile.
Non possiamo fare nulla di tutto questo senza il sostegno delle donne che devono sapere che le Ostetriche hanno bisogno di loro, saremo partner per la vita, saremo una squadra con una sola voce.
Tutte le Ostetriche devono aderire alle loro Società scientifiche per armonizzare gli sforzi, i talenti, le conoscenze e le abilità per noi stesse e per le donne. Il grande lavoro che le Ostetriche dell'Associazione Italiana di Ostetricia svolgono supportate dai Ginecologi, viene portato in questo Congresso per creare raccomandazioni che ci potenzino nell'agire, per il bene della nostra comunità. Ecco la nostra vera rivoluzione educativa e culturale!

20

CONTRIBUTI

Sindrome della morte improvvisa (SIDS): il punto di vista del Genetista

La Sids (dall'inglese Sudden Infant Death Syndrome) o morte in culla o morte improvvisa del lattante è il decesso improvviso e inspiegabile di un bambino al di sotto dell'anno di età. È più frequente tra uno e cinque mesi di età e rappresenta una delle principali cause di morte nel primo anno di vita

GIOVANNI SAVARESE
Direttore genetica medica

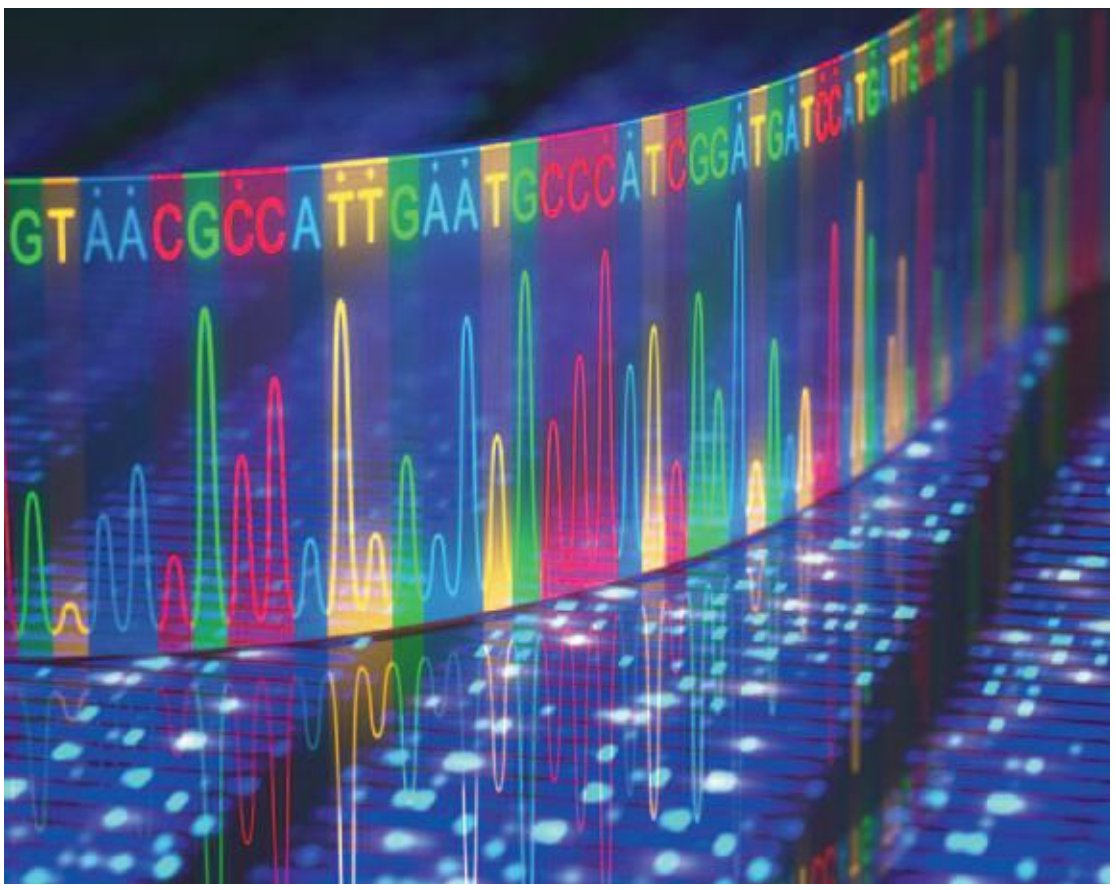
SEBBENE IL TASSO di incidenza dei casi di Sids sia drasticamente diminuito negli ultimi anni, tale sindrome rappresenta ancora oggi una delle principali cause di morte infantile post neonatale nei paesi sviluppati, con una prevalenza compresa tra 0,1 e 0,8 decessi per mille nati vivi.
La SIDS riguarda quasi sempre bambini apparentemente sani e il decesso si verifica di solito durante il sonno. Le cause della morte in culla non sono ancora note. Sono noti invece alcune condizioni e fattori di rischio che aumentano la probabilità che un bambino piccolo vada incontro a morte in culla tra cui, in particolare, anomalie di aree del cervello che controllano la respirazione durante il sonno.

Sono noti svariati fattori ambientali che aumentano il rischio di morte in culla per il piccolo bambino tra cui:

- **DORMIRE** prono (a pancia in giù) piuttosto che sulla schiena;
- **IL FUMO** della madre in gravidanza;
- **DORMIRE** con i genitori o con i fratellini, dormire su materassi troppo soffici e sotto troppe coperte;
- **L'ESPOSIZIONE** passiva al fumo di sigaretta in casa;
- **L'ETÀ** della madre inferiore a 20 anni.

Gli studi genetici indicano che fino al 35% dei casi di Sids potrebbero essere spiegati da malattie familiari o genetiche come cardiomiopatie, canalopatie ioniche o disordini metabolici che non sono stati rilevati durante le procedure di autopsia forense convenzionali. In particolare, fino al 15% dei casi di Sids potrebbero essere associati a malattie cardiache ereditarie. Le canalopatie ioniche come la sindrome di Brugada (BrS), la sindrome del QT lungo (Lqts), sindrome del QT corto o tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica (Cpvt), sono descritti come funzioni del canale interrotte che causano un flusso di corrente ionica disturbato e aritmie cardiache letali. Le cardiomiopatie sono caratterizzate da anomalie strutturali del cuore, come cardiomiopatia ipertrofica, cardiomiopatia dilatativa, aritmogena cardiomiopatia ventricolare destra (Arvc) e cardiomiopatia ventricolare sinistra non compattata. Inoltre, malattie metaboliche ereditarie non diagnosticate come il deficit di acil-CoA deidrogenasi a catena media (Mcad) o il deficit del metabolismo del glucosio potrebbero contribuire alla causa della morte in un altro 1% dei neonati Sids.
I test genetici che utilizzano approcci di sequenziamento di nuova generazione (Ngs) rappresentano uno strumento efficiente e rapido che consente un indispensabile strumento diagnostico al fine di dirimere casi di morte apparentemente inspiegabili. L'utilità di un test genetico nei casi di Sids non si limita ad una mera diagnosi della causa del decesso, ma può fornire preziose informazioni in merito a patologie ereditarie consentendo l'individuazione di patologie genetiche silenti e potenzialmente fatali tanto nei genitori, quanto in fratelli ed per future gravidanze.
Alcuni esempi
Un primo studio basato sul sequenziamento di 104 geni associati alla morte cardiaca improvvisa aveva identificato probabili varianti patogeniche in due geni associati alla cardiomiopatia (PKP2 e Vcl) in un caso rappresentativo di Sids. Un secondo studio condotto su 47 casi danesi di morte improvvisa inaspettata nell'infanzia ha riportato probabili varianti causali nei geni associati a malattie cardiache in 16 casi (34%), dimostrando il potenziale di eseguire un'indagine molecolare nei casi di morte improvvisa. Infine, in uno studio di sequenziamento dell'intero esoma (Wes) su 161 bambini Sids focalizzato su malattie cardiovascolari e metaboliche, è stato riscontrato che il 20% dei casi presentava varianti che potrebbero essere causali, incluso il 9% con varianti in un gene del canale cardiaco, il 7% in un gene della cardiomiopatia e 1% in un gene metabolico.
Gli avanzamenti tecnologici consentono di effettuare l'intero sequenziamento dell'esoma umano (Wes) ad un costo che è di poco superiore ad un sequenziamento mirato, ma con l'impareggiabile vantaggio di poter individuare una molteplicità di potenziali cause di morte improvvisa senza limitarsi ad un pannello prestabilito di geni. Ames Centro Polidiagnostico Strumentale, leader a livello nazionale nel sequenziamento massivo parallelo, è in grado di fornire risposte a complessi rebus diagnostici grazie al sequenziamento dell'intero esoma ed alla vasta esperienza accumulata negli anni sia nel campo della diagnosi sia in quello della ricerca.

> Gli avanzamenti tecnologici consentono di effettuare l'intero sequenziamento dell'esoma umano (Wes) con l'impareggiabile vantaggio di poter individuare una molteplicità di potenziali cause di morte improvvisa senza limitarsi ad un pannello prestabilito di geni



BIBLIOGRAFIA

Köffer J, et al. Post-mortem genetic investigation of cardiac disease-associated genes in sudden infant death syndrome (SIDS) cases. Int J Legal Med. 2021. PMID: 32789579 Free PMC article.

Neubauer J, Lecca MR, Russo G, Bartsch C, Medeiros-Domingo A, Berger W, Haas C. Post-mortem whole-exome analysis in a large sudden infant death syndrome cohort with a focus on cardiovascular and metabolic genetic diseases. Eur J Hum Genet. 2017 Apr;25(4):404-409. doi: 10.1038/ejhg.2016.199. Epub 2017 Jan 11. PMID: 28074886

Baruteau AE, Tester DJ, Kapplinger JD, Ackerman MJ, Behr ER. Sudden infant death syndrome and inherited cardiac conditions. Nat Rev Cardiol. 2017 Dec;14(12):715-726. doi: 10.1038/nrcardio.2017.129. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28880023 Review.

Krous HF, Beckwith JB, Byard RW et al: sudden infant death syndrome and unclassified sudden infant deaths: a definitional and diagnostic approach. Pediatrics 2004; 114: 234–238