

CONTRIBUTI / ADENOMIOSI

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 indagosa 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'ecolor 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

CONTRIBUTI

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 organizzativa 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 un 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.