

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 6 In Gazzetta Ufficiale
le nuove Linee guida sulla legge 40/2004
Tutte le novità sulla Pma
- 5 Intelligenza Artificiale
**Come l'IA sta riscrivendo
lo screening del cancro ginecologico**
DI CARLO SBIROLI
- 20 Immunizzazione materna
Vaccino contro il Vrs

Gyneco Aogoi

NUMERO 3 - 2024 - BIMESTRALE - ANNO XXXV

UN ALTRO TRAGUARDO

PER LA
FEDERAZIONE
SIGO

Publicata la Linea guida
sul "Trattamento del prolasso
degli organi pelvici nella donna"

CORSO FAD 2024
30/4/2024 | 31/12/2024

Le vaccinazioni in gravidanza: una scelta responsabile per la protezione di mamma e bambino

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Antonio Chiàntera, Luigi Orfeo, Elsa Viora

FACULTY

Elsa Viora, Maurizio Silvestri, Michele Conversano,
Pier Luigi Lopalco, Paolo Manzoni, Irene Cetin,
Luigi Orfeo, Francesca Ferri, Anurada Bresciani

CODICE EVENTO 2223-410264

DISCIPLINE E PROFESSIONI ACCREDITATE:

Medico chirurgo:

Ginecologia e ostetricia | Igiene,
epidemiologia e sanità pubblica | Pediatria
(Pediatri di libera scelta) | Neonatologia
| Medicina generale (medici di famiglia) |
Anestesia e rianimazione

Ostetrica/o: Ostetrica/o

Assistente sanitario:
Assistente sanitario

Infermiere:
Infermiere

RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE ECM AOGOI

Carlo Maria Stigliano



ISCRIVITI SUBITO
ecm.aogoi.it

6

ORE FORMATIVE

9

CREDITI ECM

PROGRAMMA SCIENTIFICO

CREDITI ECM

9

ORE FORMATIVE

6

INTRODUZIONE AL CORSO

a cura dei Responsabili Scientifici

PARTE GENERALE:

Le vaccinazioni in gravidanza

Elsa Viora | Le vaccinazioni in gravidanza
Maurizio Silvestri | I programmi vaccinali
Michele Conversano | Modelli organizzativi
delle vaccinazioni in gravidanza

FOCUS ON:

La bronchiolite e il vaccino contro il virus respiratorio sinciziale

Pierluigi Lopalco | Epidemiologia
Paolo Manzoni | Burden of Disease
Irene Cetin | L'immunizzazione materna
a 360° e vaccino
Luigi Orfeo | La protezione del neonato

TAVOLA ROTONDA

Il counselling e l'importanza del lavoro
multidisciplinare in tema di vaccinazioni
in gravidanza a tutela della salute
della mamma e del bambino

Moderatori: Irene Cetin, Luigi Orfeo,
Pier Luigi Lopalco, Elsa Viora
Elsa Viora | Introduzione sull'importanza
del counselling e del lavoro
multidisciplinare in tema di vaccinazioni,
con focus sul nuovo vaccino contro il virus
respiratorio sinciziale

Paolo Manzoni | Importanza della
vaccinazione per il neonato e ruolo
del pediatra

Maurizio Silvestri | Il ruolo del ginecologo
Francesca Ferri | Il ruolo dell'ostetrica
nella promozione e prevenzione
Anurada Bresciani | Il ruolo dell'assistente
sanitario nei centri vaccinali

Dibattito

TAKE HOME MESSAGES E CONCLUSIONI

Elsa Viora

RAZIONALE

Il nuovo appuntamento FAD di AOGOI raccoglie un panel di esperti di ginecologia, neonatologi, pediatri e igienisti e rappresenta un'occasione importante per un confronto sulle vaccinazioni in gravidanza per la salute della mamma e del nascituro. Le vaccinazioni antinfluenzale e antipertosse in gravidanza rappresentano una scelta responsabile, da effettuarsi nel rispetto delle linee guida e delle indicazioni dei programmi vaccinali.

A queste, si aggiunge oggi, l'importanza dell'immunizzazione materna per proteggere il nascituro dalle infezioni dell'apparato respiratorio, come la bronchilite, che colpisce in modo significativo lattanti e bambini con meno di 24 mesi di vita.

In questo contesto, in via preventiva, la figura del ginecologo e il corretto counselling alla donna/coppia giocano un ruolo fondamentale, soprattutto all'interno dei consultori. La sinergia tra i vari specialisti coinvolti nel tema della vaccinazione in gravidanza è importante per aumentare in tutti gli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza delle coperture vaccinali per mamma e bambino.

GUIDA

PUBBLICATA LA LINEA GUIDA
SUL TRATTAMENTO DEL PROLASSO
DEGLI ORGANI PELVICI
NELLA DONNALA FEDERAZIONE SIGO
RAGGIUNGE UN ALTRO
TRAGUARDO

ANTONIO CHIÀNTERA
Past President Sigo
Presidente Aogoi



VITO TROJANO
Presidente Nazionale Sigo

LINEE

Conoscere e adottare giudiziosamente le raccomandazioni cliniche contenute nelle migliori LG rappresenta un obiettivo etico non solo del singolo professionista ma dei sistemi sanitari nel loro complesso

LE LINEE GUIDA (LG) di pratica clinica sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili, commisurandola alle circostanze peculiari del caso concreto e condividendola - laddove possibile - con il paziente o i caregivers. Conoscere e adottare giudiziosamente le raccomandazioni cliniche contenute nelle migliori LG rappresenta un obiettivo etico non solo del singolo professionista ma dei sistemi sanitari nel loro complesso, per massimizzare la probabilità di esiti di salute favorevoli attraverso pratiche cliniche consistenti con le migliori evidenze disponibili, e promuovere la sicurezza, l'equità, l'efficienza e l'appropriatezza - in una parola, la qualità - delle cure. Per queste ragioni numerosi sistemi sanitari hanno riconosciuto da tempo la necessità di raccolte nazionali di LG di riferimento e la legge 24/2017 le ha riconosciuto un ruolo molto importante nel contenzioso medico-legale sia in sede penale che civile.

LA FEDERAZIONE SIGO (AOGOI, AGUI, AGITE) accreditata dal Ministero della Salute a redigere Linee Guida è una delle poche associazioni ad aver prodotto LG accettate dal Sistema nazionale. Sono state elaborate linee guida e raccomandazioni sia in campo oncologico che ostetrico che sono già pubblicate sul sito del Ministero ed oggi con grande soddisfazione la Federazione Sigo raggiunge un altro traguardo con la pubblicazione di una ulteriore LG, prodotta dal Giss Sigo di "Patologia del pavimento pelvico" su un argomento di grande impatto clinico e sociale "Trattamento del prolasso degli organi pelvici nella donna".

Obiettivo di questa Linea Guida è fornire raccomandazioni in merito al trattamento chirurgico del POP primario e recidivo, in base ai compartimenti coinvolti. È stata prodotta per offrire raccomandazioni a supporto degli specialisti (ginecologi, urologi) e medici di medicina generale che si occupano della terapia delle condizioni cliniche oggetto della LG. Un lavoro complesso e ben articolato nell'interesse non solo degli operatori di settore ma anche per tracciare un binario di operatività, con decisioni condivise, in funzione della qualità della salute delle pazienti che si affidano alle nostre cure. Quindi un grande grazie al coordinatore del Giss, Prof Massimo Franchi ed a tutti i componenti del gruppo di lavoro per il grande e qualificato impegno assunto nella realizzazione di questo obiettivo.

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 3 - 2024
Anno XXXV

Presidente
Antonio Chiàntera

Comitato Scientifico
Antonio Chiàntera
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Elsa Viora

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
SICS S.r.l. Società Italiana
di Comunicazione Scientifica
e Sanitaria
Sede legale:
Via Giacomo Peroni, 400
00131 Roma
Sede operativa:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@sicseditore.it

Ufficio Commerciale
SICS - info@sicseditore.it
Tel. (+39) 06.89.27.28.41

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma

Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Finito di stampare:
giugno 2024
Tiratura 4.000 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

TRATTAMENTO DEL PROLASSO DEGLI ORGANI PELVICI NELLA DONNA

LA LINEA GUIDA E LE RACCOMANDAZIONI IN SINTESI

Introduzione

Il Prolasso degli Organi Pelvici (POP) è una condizione frequente e disabilitante per la donna. Consiste nella discesa delle pareti vaginali e/o dell'utero o della volta vaginale (in caso di paziente sottoposta a precedente isterectomia). Ciò consente agli organi adiacenti di erniarsi nello spazio vaginale, determinando la formazione di cistocele, rettocele, isterocele o enterocele. È definito come una disfunzione generale del pavimento pelvico, quindi la maggior parte delle donne presenterà un prollasso in più comparti (parete vaginale anteriore, apicale e posteriore) [Swift, 2005].

Sintomi. Il prollasso può causare sintomi come pressione vaginale o senso di peso pelvico, disturbi della minzione, dell'alvo e della funzione sessuale che interferiscono negativamente sulla qualità della vita. Il POP può essere definito sulla base dei sintomi riportati dalla paziente o considerando l'esito della valutazione uroginecologica (ad esempio, in presenza di prollasso che si estende fino all'imene o oltre). La maggior parte delle pazienti diventa sintomatica quando il prollasso raggiunge una distanza di 0,5 cm dal margine imenale [Gutman, 2008]. Sebbene il POP possa verificarsi anche nelle donne più giovani, l'incidenza maggiore dei sintomi di POP si riscontra nelle donne di età compresa tra i 70 e i 79 anni [Luber, 2001].

Epidemiologia. Poiché l'aspettativa di vita è in continuo aumento e le patologie del pavimento pelvico sono più frequenti con il progredire dell'età, la prevalenza di queste è destinata a crescere [Wu, 2009]. Si prevede che entro il 2050 il numero di donne affette da POP aumenterà di circa il 50% [Wu, 2014]. In una revisione della letteratura, la prevalenza del prollasso basata sui sintomi riportati era del 3%- 6% rispetto alla prevalenza identificata mediante esame fisico, stimata intorno al 41%-50% [Barber and Maher, 2013]. Questa discrepanza si verifica perché molte donne con prollasso sono asintomatiche. Il rischio di dover ricorrere al trattamento chirurgico per questo tipo di condizione nel corso della vita di una donna, varia dal 10 al 20 % [Weber and Richter, 2005]. Di conseguenza, il trattamento del POP implica l'utilizzo di risorse economiche significative e l'impatto sul sistema sanitario è inevitabilmente destinato ad aumentare.

Fattori di rischio. I fattori di rischio per lo sviluppo di un POP sintomatico includono la parità, il parto vaginale, l'età, l'obesità, i disturbi del tessuto connettivo, lo stato menopausale e la stipsi cronica [Handa et al, 2011; Maher and Baessler, 2006; Manodoro et al, 2017; Mant et al, 1997; Vergeldt et al, 2015; Weber and Richter, 2005]. I fattori di rischio modificabili (obesità e stipsi) dovrebbero essere considerati e discussi durante le visite ginecologiche per ridurre il rischio di sviluppare questa condizione. Studi più datati riportano che le donne sottoposte a un intervento



Link al pdf
delle Linee guida

chirurgico per prollasso hanno una probabilità approssimativa del 30% al 50% di necessitare di un secondo intervento per prollasso [Dällenbach, 2015]. Studi più recenti mostrano invece un tasso di reintervento più basso, compreso tra il 6% e il 30%, con la maggior parte delle stime coerenti con il valore più basso di questo intervallo [Barber et al, 2014; Cola et al, 2022; Larson, et al 2013; Nygaard et al, 2013]. Questo tasso di reintervento più basso potrebbe riflettere un miglioramento delle tecniche chirurgiche [Dällenbach, 2015].

I fattori di rischio per il prollasso ricorrente includono una minore età alla prima chirurgia, obesità e prollasso di stadio III o stadio IV preoperatorio [Diez-Itza, et al 2007; Manodoro et al, 2018; Nieminen et al, 2003; Whiteside, et al 2004].

Valutazione clinica. La valutazione iniziale raccomandata per una paziente con un sospetto prollasso include una storia clinica dettagliata, una valutazione della gravità dei sintomi, un esame fisico e la definizione degli obiettivi di trattamento. La valutazione dei sintomi è di cruciale importanza nella valutazione di una paziente con POP. Oltre a una completa anamnesi medica, chirurgica, ostetrica e ginecologica, è importante registrare i sintomi di prollasso (senso di peso vaginale e/o anale oppure di protrusione vaginale, presenza di bulging vaginale) e il grado di discomfort ad essi associato. Informazioni chiave da raccogliere dalla paziente includono la limitazione dell'attività fisica o sessuale e come i sintomi sono peggiorati nel tempo.

Molte donne con POP riscontrato durante l'esame fisico non riferiscono sintomi di prollasso. Il trattamento è indicato solo se il prollasso causa sintomi fastidiosi di peso pelvico e pressione, disfunzione sessuale, disfunzione del tratto urinario inferiore o disfunzione defecatoria [Abrams et al, 2010]. La funzione del tratto urinario inferiore dovrebbe essere valutata. Ciò include una valutazione della perdita di urina e del tipo di incontinenza (da sforzo e/o da urgenza) e della capacità di svuotamento della vescica.

La relazione tra i sintomi urinari e il prollasso può essere individuata se la minzione diventa più difficile quando gli effetti della gravità sono più evidenti, ad esempio dopo lunghi periodi in piedi.



Inoltre, potrebbe essere necessario eseguire una manovra di Valsalva o respingere in vagina il prolasso per avviare o completare la minzione.

Dovrebbe essere valutata anche la funzione intestinale per determinare se vi è necessità di sforzo eccessivo durante la defecazione, uso di lassativi, incontinenza fecale e svuotamento rettale incompleto. Il sintomo dello sforzo durante la defecazione spesso è correlato alla presenza di un difetto nel compartimento posteriore (ad esempio, rettocele). Inoltre, ogni paziente dovrebbe essere valutata per sintomi di dispareunia, incontinenza coitale (di urina o feci) e disfunzione sessuale correlati al prolasso.

L'esame obiettivo fisico della paziente comprende la valutazione addominale e pelvica. I genitali esterni e l'epitelio vaginale dovrebbero essere valutati per evidenziare l'eventuale presenza di atrofia vaginale, l'irritazione cutanea o l'ulcerazione [Abrams et al, 2010]. La valutazione del prolasso va eseguita utilizzando uno speculum disarticolato e privo della valva anteriore (separare uno speculum bivalve e utilizzare solamente la branca posteriore per valutare prima l'apice vaginale e la parete vaginale anteriore, quindi capovolgere la branca e utilizzarla per valutare la parete posteriore invitando la paziente ad effettuare la manovra di Valsalva e colpi di tosse ripetuti).



LE RACCOMANDAZIONI IN SINTESI

1

Si dovrebbe utilizzare il sistema POP-Q per valutare e documentare la severità del prolasso genitale.

LIVELLO III - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

2

Si dovrebbe considerare la riabilitazione del pavimento pelvico per migliorare i sintomi di prolasso in pazienti in cui la discesa degli organi pelvici non si estenda per più di 1 cm oltre l'imene durante manovra di Valsalva massimale.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG NICE 2019.

3

Si dovrebbe discutere con le pazienti affette da prolasso degli organi pelvici sintomatico l'utilizzo del pessario vaginale come opzione alternativa alla chirurgia.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2022.

4

L'isteropepsi dovrebbe essere considerata come alternativa all'isterectomia in pazienti con prolasso genitale in assenza di controindicazioni alla preservazione dell'utero, sebbene ci siano scarse evidenze a lungo termine circa la sua sicurezza ed efficacia rispetto all'isterectomia.

LIVELLO I - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

5

Alle pazienti con prolasso degli organi pelvici che richiedono chirurgia con conservazione dell'utero si dovrebbe offrire una isteropepsi transvaginale con tessuti nativi o isteropepsi al sacro con protesi sintetica. La procedura di Manchester non andrebbe eseguita nelle pazienti che potrebbero desiderare una gravidanza in futuro.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG NICE 2019.

6

Il profilo rischio/beneficio riguardante l'utilizzo di protesi transvaginali per la riparazione del prolasso del compartimento apicale è globalmente sfavorevole; pertanto tale utilizzo deve essere limitato alle pazienti in cui il beneficio del posizionamento della protesi possa giustificare il rischio. La colposacropessia con protesi sintetica ha un minor rischio di recidiva di prolasso degli organi pelvici ma si associa a maggiori complicanze rispetto alla riparazione dell'apice vaginale con tessuti nativi.

LIVELLO I - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

7

In pazienti con prolasso degli organi pelvici sottoposte ad isterectomia la sospensione dell'apice vaginale dovrebbe sempre essere eseguita al momento dell'isterectomia vaginale, per ridurre il rischio di recidiva.

LIVELLO III - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

8

La sospensione ai legamenti uterosacrali e la sospensione al legamento sacrospinoso per la riparazione del prolasso apicale con tessuti nativi sono ugualmente efficaci, con esiti anatomici, funzionali e complicanze comparabili.

LIVELLO I - GRADO A;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG.

9

Le procedure obliterative dovrebbero essere considerate come procedure chirurgiche di prima istanza in pazienti con significative comorbidità che non desiderano conservare la capacità di avere rapporti sessuali vaginali o l'abitabilità vaginale.

LIVELLO III - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

10

Il profilo rischio/beneficio riguardante l'utilizzo di protesi transvaginali per la riparazione del prolasso del compartimento anteriore è globalmente sfavorevole; pertanto tale utilizzo deve essere limitato alle pazienti in cui il beneficio del posizionamento della protesi possa giustificare il rischio. I chirurghi che vogliono adoperare protesi biologiche o sintetiche per la chirurgia del prolasso devono essere in possesso di una formazione specifica per queste tipologie d'intervento e devono essere in grado di eseguire un adeguato counselling circa il rapporto rischio-beneficio della chirurgia protesica in comparazione con la chirurgia mediante tessuti nativi.

LIVELLO I - GRADO A;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

11

L'utilizzo di materiale protesico per via transvaginale non è raccomandato nella correzione di un prolasso della parete vaginale posteriore.

LIVELLO I - GRADO A;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

12

In caso di chirurgia vaginale, è preferibile la chirurgia fasciale alla chirurgia protesica transvaginale. La correzione della recidiva di prolasso apicale risulta efficace sia con la colposacropessia che con la chirurgia fasciale transvaginale, con trascurabili differenze in termini di risultati anatomici, funzionali e complicanze.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE DE NOVO.

In Gazzetta Ufficiale le nuove Linee guida sulla legge 40/2004

PMA

Ecco tutte le novità

**DALLA PRESERVAZIONE
DELLA FERTILITÀ
FINO AL NO ALLA
REVOCA DEL CONSENSO
DELL'UOMO**

“FORNIRE CHIARE INDICAZIONI agli operatori delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita affinché sia assicurato il pieno rispetto di quanto dettato dalla legge”.

È questo l'obiettivo della nuove linee guida sulla legge 40/2004 che in Italia regola la Procreazione medicalmente assistita. Il testo, pubblicato in Gazzetta Ufficiale nel mese di maggio, sostituisce quello del 2015, emanato dall'allora ministro Lorenzin e arriva con un ritardo di circa 6 anni: l'articolo 7 prevedeva infatti che il ministro della Salute, avvalendosi dell'Istituto superiore di sanità e previo parere del Consiglio Superiore di Sanità, definisse, con proprio decreto, le linee guida contenenti l'indicazione delle procedure e delle tecniche di Pma e che le medesime dovessero essere aggiornate periodicamente, almeno ogni tre anni, in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica.

Sono molte le novità generate in gran parte da sentenze della Corte Costituzionale e da direttive europee in materia. E proprio in riferimento agli avanzamenti non solo medici, ma anche normativi, intervenuti in questi 9 anni, il testo cita fra le altre novità da considerare nell'indirizzare la guida della materia, “la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani”, così come “la sentenza della Corte Costituzionale 161/2023 con la quale sono state rigettate le questioni di legittimità costituzionale sollevate dal tribunale di Roma in punto di revoca del consenso prestato alla Pma”, in particolare nei casi di separazione o decesso del partner maschile. O ancora la sentenza della Corte Costituzionale 229/2015, con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della parte della legge 40 in cui si contempla come ipotesi di reato la condotta di selezione degli embrioni anche nei casi in cui questa sia esclusivamente finalizzata ad evitare l'impianto nell'utero della donna di embrioni affetti da malattie genetiche trasmissibili” e quella della successiva sentenza 96/2015 “in cui non si consente il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili”. Si ribadisce naturalmente anche la cancellazione di altri divieti come quello di fecondazione eterologa sancito dalla Consulta nel 2014 e il numero massimo di tre embrioni da creare e trasferire in un unico e contemporaneo impianto. Vengono prese in considerazione le previsioni

contenute relative a:

- il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita (articolo 4);
- la gradualità nel ricorso alle tecniche (articolo 4);
- il consenso informato da parte di coloro che si sottopongono alle tecniche stesse (articolo 6);
- l'accertamento dei requisiti previsti per le coppie alle quali si applicano le tecniche di procreazione medicalmente assistita (articolo 12);
- le disposizioni concernenti la sperimentazione sugli embrioni umani (articolo 13) in accordo alle modifiche introdotte dalla sentenza della Corte Costituzionale 229/2015, e tenendo conto dei principi espressi dalla pronuncia della Corte Costituzionale 84/2016;
- i limiti all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita sugli embrioni, anche a seguito della sentenza della Corte Costituzionale 151/2009 (articolo 14);
- le modifiche relative al ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo (con donazione di gameti) introdotte dalla sentenza della Corte Costituzionale 162/2014 (articoli 4, 9 e 12);
- le modifiche relative al ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche tra-

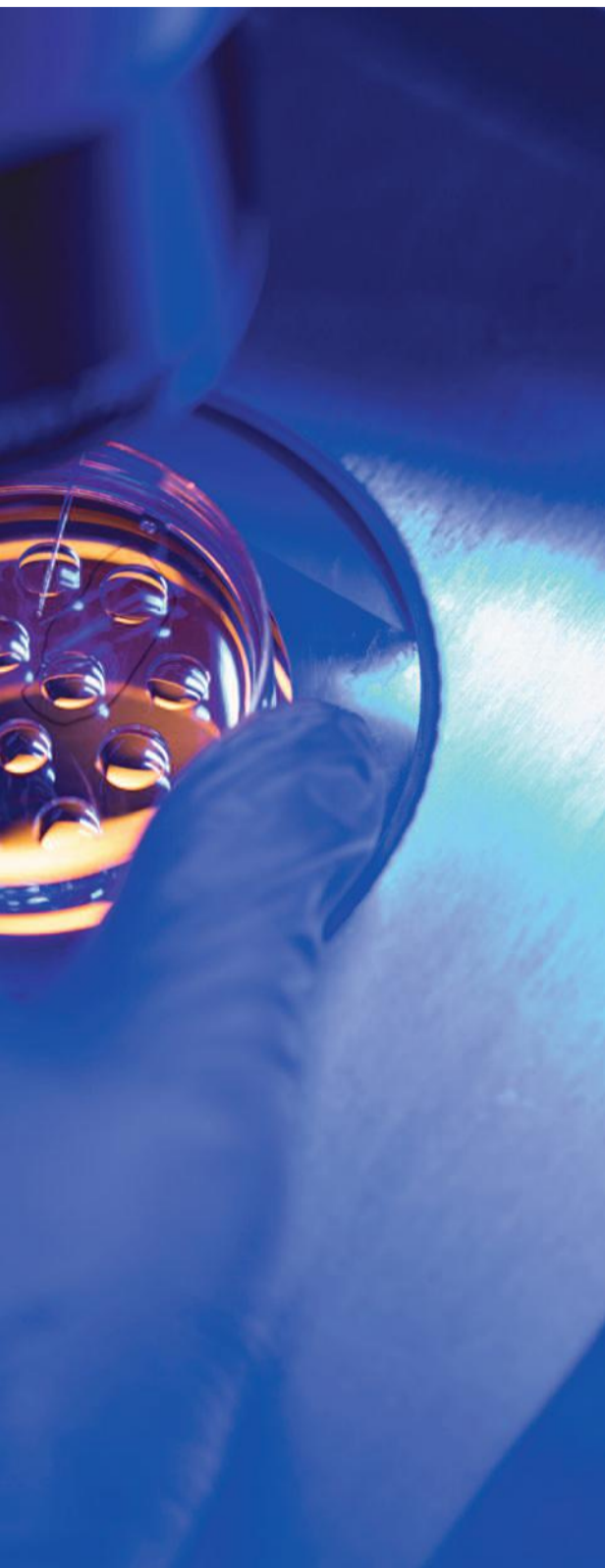
“

La consulenza psicologica è raccomandata per tutte le coppie che accedono ai trattamenti di Pma ed è consigliata a tutti i centri specializzati



Link al pdf
delle Linee guida





Operatore di laboratorio genetico che esegue l'iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi

alla previsione della possibilità di procedere con la preservazione della fertilità per ragioni mediche. Le linee guida definiscono anche “auspicabile la preservazione della fertilità con crioconservazione preventiva dei gameti nelle persone sane, con familiarità e/o portatrici di mutazioni geniche predisponenti patologie mediche e/o neoplastiche con possibile compromissione della propria fertilità”.

Fra gli altri nuovi punti inseriti, le linee guida prevedono che “ai richiedenti, al momento di accedere alle tecniche di Pma, devono essere esplicitate, con chiarezza e per iscritto, le conseguenze giuridiche di cui all’articolo 8 e all’articolo 9 della Legge 40/2004. Con le medesime modalità deve essere rappresentato che, dopo la fecondazione assistita dell’ovulo, il consenso alla Pma non può essere revocato e la donna può richiedere l’impianto dell’embrione anche se il partner sia deceduto (Cass., 15 maggio 2019, n. 13000) ovvero sia cessato il loro rapporto (Corte cost., n. 161/2023)”.

Ancora, “la consulenza psicologica è raccomandata per tutte le coppie che accedono ai trattamenti di Pma ed è consigliata a tutti i centri specializzati “un’attenta valutazione clinica del profilo della donna e degli eventuali rischi nella evoluzione della gravidanza in particolare del rapporto rischi-benefici con specifico riferimento alle complicanze ostetriche (incluse le gravidanze multiple), alle potenziali ricadute neonatologiche e ai potenziali rischi per la salute della donna. Si devono tenere in considerazione il rischio diabetologico, eventuali patologie autoimmuni e/o genetiche, il peso corporeo della donna che dovrà sottoporsi a tecniche di Pma e in particolare il suo body mass index (BMI), perché un BMI sopra il valore di 30 comporta maggiori rischi chirurgici, anestesiológicos, una riduzione della possibilità di ottenere una gravidanza e un aumento del rischio di aborto nonché di complicanze materno-fetali. Al riguardo, come previsto all’art. 6, comma 4 della legge n. 40/2004, il medico responsabile della struttura può decidere di non procedere alla Pma esclusivamente per motivi di ordine medico-sanitario. In tale caso deve fornire alla coppia motivazione scritta di tale decisione. Il percorso e la durata degli accertamenti devono tenere conto dei desideri della coppia, dell’età e della riserva ovarica della donna e dell’età del partner, della durata dell’infertilità/sterilità e dei dati personali emersi dalla valutazione specialistica”.

smisibili introdotte dalla sentenza della Corte Costituzionale 96/2015 (articoli 1 commi 1 e 2, e articolo 4, comma 1);

- le modifiche relative all’abolizione come ipotesi di reato per la condotta di selezione degli embrioni affetti da malattie genetiche trasmissibili introdotte dalla sentenza della Corte Costituzionale 229/2015 (articolo 13, commi 3, lettera b), e 4);
- la preservazione della fertilità relativamente a patologie o terapie che pongono a rischio di un esaurimento funzionale delle gonadi.

“Il principio seguito nella stesura di queste linee guida – recita il testo – è quello di utilizzare in prima istanza le opzioni terapeutiche più semplici, meno invasive e meno onerose, tenendo in debito conto l’età e la riserva ovarica della donna, il tempo di ricerca della gravidanza e la causa, quando nota, dell’infertilità/sterilità di coppia, identificata dagli specialisti di medicina della riproduzione”.

Per questo motivo vengono passate in rassegna tutte le tecniche e il profilo delle coppie per cui sono consigliate, dall’inseminazione intrauterina alla Fivet, fino ai test genetici sui componenti della coppia così come sull’embrione (Test genetico preimpianto – PGT) che rappresentano una novità rispetto alla versione precedente, insieme

GRAVIDANZA

Uno studio mette in discussione le linee guida sull’aumento di peso

Le linee guida internazionali indicano come fisiologico un aumento di peso massimo di circa 16 kg per le gestanti normopeso, e di 5/9 kg per quelle con obesità

UNO STUDIO CONDOTTO da ricercatori del Karolinska Institutet di Stoccolma invita a riconsiderare questi parametri, suggerendo che un aumento di peso inferiore non aumenta il rischio di outcome avversi della gravidanza, come preeclampsia, diabete gestazionale, parto pretermine o mortalità fetale o alla nascita. Nelle gestanti obese non aumentare di peso in gravidanza riduce questi rischi di circa il 20%. Secondo un nuovo studio condotto da

LO STUDIO

I ricercatori hanno preso in considerazione dati relativi da 15.760 donne con obesità, di cui 11.667 con BMI tra 30 e 34,99, 3.160 con BMI tra 35 e 39,9 e 933 con BMI oltre 40. I dati sono stati estratti dalle cartelle cliniche di gestanti delle città di Stoccolma e Gotland.

Le donne sono state seguite per una media di otto anni dopo il parto. Nel complesso, l’indagine non ha mostrato aumenti del rischio di outcome avversi della gravidanza - tra cui preeclampsia, diabete gestazionale, parto pretermine o mortalità fetale o alla nascita - per le donne con BMI tra 30 e 39,9.

Per le donne con BMI oltre 40, invece, aumenti di peso inferiori alle linee guida o perdita di peso erano associati a una riduzione del rischio di outcome avversi. Per esempio, l’assenza di aumento di peso è stata associata a una riduzione del rischio di circa il 20%. “Ci auguriamo che la nostra ricerca possa contribuire a un riesame delle linee guida nazionali e internazionali sull’aumento di peso durante la gravidanza tra le donne con obesità”, commenta Kari Johansson, primo autore dello studio.

Fonte: *The Lancet* 2024



Institutet di Stoccolma - e pubblicato da The Lancet – la raccomandazione delle linee guida internazionali di prendere peso in gravidanza andrebbe riconsiderata. Le gestanti con obesità grave trarrebbero addirittura benefici dalla perdita di peso. Le linee guida redatte dallo US Institute of Medicine (IOM) consigliano, alle donne con obesità di prendere dai 5 ai 9 kg durante la gravidanza, mentre quelle normopeso possono ingrassare di 11,5-16 kg. Lo studio del Karolinska Institutet ha evidenziato, invece, che con un aumento di peso inferiore non si registra un rischio più alto per la salute, né della madre né del bambino, almeno per le donne con un indice di massa corporea (BMI) di 30-34,9 e di 35-39,9. Al contrario, per le donne con obesità con BMI superiore a 40, un aumento al di sotto delle attuali linee guida può essere addirittura benefico.



Il Report
del Ministero
della Salute

Vaccinazioni HPV

CRESCONO LE COPERTURE NEL 2022. MA IL TARGET OMS È ANCORA LONTANO



“I DATI DELLE COPERTURE VACCINALI (ciclo completo), sia per le femmine che per i maschi, pur mostrando ancora valori bassi sulle rilevazioni puntuali nei target primari dell'intervento, evidenziano un miglioramento rispetto all'anno precedente, con valori che si avvicinano a quelli riscontrati nel periodo pre-pandemico; si conferma inoltre il trend in miglioramento osservato anche negli anni precedenti sulle singole coorti di nascita (recuperi vaccinali), tuttavia, la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PA raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame”.

Questo il quadro descritto dal ministero della Salute che ha reso noti i dati nazionali e regionali di copertura, al 31 dicembre 2022, per la vaccinazione anti-HPV nella popolazione femminile e maschile, relativamente alle coorti di nascita 1998-2010. “

Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV (per ciclo completo) nelle ragazze nella coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 38,78%, mentre quello della coorte 2009 (compimento 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 56,18%. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 6,56%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e un aumento del 2,88% per le ragazze che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione



Link al pdf
delle Linee guida

COORTE DI NASCITA RAGAZZE	2010			2009			2008			2007		
	Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose
Piemonte	18678	65,98	47,03	19328	75,70	67,16	19250	78,23	72,75	19332	82,14	77,59
Valle d'Aosta	577	70,36	65,51	568	76,76	70,25	569	82,78	79,09	563	82,06	79,57
Lombardia	47243	76,20	42,13	48555	81,48	68,42	48824	84,91	77,76	48111	85,98	81,77
Prov. Aut. Bolzano	2686	36,75	19,62	2683	45,25	27,21	2803	54,41	46,52	2719	61,42	45,27
Prv. Aut. Trento	2719	70,61	63,85	2702	72,28	67,54	2772	77,89	74,46	2690	76,13	73,72
Veneto	22560	63,98	48,52	22890	75,79	59,12	23436	78,60	71,83	23214	80,55	76,87
Friuli-Venezia Giulia	5067	6,91	0,69	5177	57,18	15,36	5094	71,32	46,70	5278	76,35	68,83
Liguria	6237	62,21	49,17	6569	64,48	51,12	6600	75,79	68,06	6295	74,17	66,39
Emilia-Romagna	20218	70,33	54,81	20719	82,87	73,77	20496	85,98	81,31	20346	87,28	83,57
Toscana	16110	69,32	60,96	16194	78,12	70,87	15918	81,71	75,15	16254	83,12	77,46
Umbria	3747	81,80	60,34	3694	85,35	77,42	3991	85,07	79,08	3922	86,03	82,66
Marche	6625	41,27	25,36	6813	58,62	49,51	7137	72,66	65,99	6727	75,34	70,91
Lazio	26408	44,94	23,99	26307	61,38	47,17	25453	72,92	60,44	25011	77,94	65,00
Abruzzo	5624	48,70	32,49	5539	60,53	51,45	5763	68,28	60,23	5676	69,52	62,07
Molise	1164	76,46	57,99	1091	70,58	56,19	1167	78,58	63,07	1225	79,59	65,55
Campania	27104	42,31	23,96	24963	53,34	37,36	24502	60,44	42,43	27164	65,34	46,51
Puglia	18275	71,67	50,16	18525	77,17	63,00	18699	80,71	69,81	18841	82,66	75,20
Basilicata	2171	57,25	43,71	2036	70,58	60,27	2133	78,15	70,93	2175	79,77	73,66
Calabria	7238	49,68	36,94	7382	65,43	58,85	7916	67,24	57,73	7770	71,94	58,88
Sicilia	24009	36,56	19,96	24263	45,86	33,25	24508	51,20	41,53	24340	57,16	47,48
Sardegna	6523	45,62	29,88	6051	53,83	41,18	5964	59,71	49,16	6157	65,44	55,40
Italia	270983	58,36	38,78	272049	69,05	56,18	272995	74,49	65,28	273810	77,26	69,32



DI SEGUITO I PUNTI PRINCIPALI

IL VALORE DI COPERTURA vaccinale nazionale per HPV (per ciclo completo) nelle ragazze nella coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 38,78%, mentre quello della coorte 2009 (compimento 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 56,18%. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 6,56%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e un aumento del 2,88% per le ragazze che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione.

LA COPERTURA PER CICLO COMPLETO nella coorte 2007 (ragazze che compivano 15 anni nell'anno di rilevazione, utilizzata dall'OMS come riferimento nelle sue statistiche), è del 69,32%, sovrapponibile al dato sulla stessa fascia di età rilevato l'anno precedente (69,45%).

LE COPERTURE RELATIVE AL 2022 per il ciclo completo per le ragazze raggiungono un valore massimo dell'84,23% per la coorte 2006 (regione Umbria), dell'83,57% per la coorte 2007 (Regione Emilia-Romagna), dell'81,31% per la coorte 2008 (Regione Emilia-Romagna), del 77,42% per la coorte 2009 (Regione Umbria) e del 65,51% per la coorte 2010 (Valle d'Aosta).

IL VALORE DI COPERTURA VACCINALE nazionale per HPV nei ragazzi della coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 31,81%, mentre quello della coorte 2009 (ra-

gazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione) è al 46,83%. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 5,06% per i ragazzi che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione, e del 2,84% per i ragazzi che compivano 13 anni nell'anno di rilevazione;

ANCHE PER I RAGAZZI continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, ma anche in questo caso nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.

COORTE DI NASCITA RAGAZZE	2006			2005			2004			2003		
	Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose
Piemonte	19016	80,46	76,24	18956	78,69	75,21	18817	77,63	74,57	18977	75,38	72,61
Valle d'Aosta	577	77,47	76,26	546	78,02	75,46	577	79,72	78,34	580	74,14	72,41
Lombardia	47951	86,04	82,80	47063	84,40	82,08	47883	82,21	80,34	46465	79,82	77,94
Prov. Aut. Bolzano	2816	59,66	42,97	2821	60,05	44,17	2837	59,08	43,18	2816	55,26	43,64
Prv. Aut. Trento	2644	79,20	76,17	2651	74,12	71,63	2759	71,73	69,84	2670	70,26	68,28
Veneto	23172	81,90	79,68	22852	81,98	80,07	23241	81,22	79,36	22941	80,93	79,13
Friuli-Venezia Giulia	5229	78,43	75,08	5074	78,14	75,23	5250	76,48	74,36	5088	75,02	73,05
Liguria	6581	74,49	64,18	6392	75,59	70,07	6504	77,18	72,82	6306	74,90	70,69
Emilia-Romagna	20171	86,44	83,49	19865	85,10	82,55	19764	82,72	80,37	19193	81,97	79,71
Toscana	16384	82,89	77,84	16335	82,60	77,17	16296	83,95	79,24	15880	83,18	79,20
Umbria	3849	87,22	84,23	3833	87,45	84,87	3836	85,11	83,13	3684	84,09	82,03
Marche	6708	74,96	71,77	6713	75,30	72,55	6630	74,04	71,54	6667	74,08	72,07
Lazio	23712	86,72	73,52	24376	80,58	64,97	25086	81,32	67,72	25289	78,07	67,83
Abruzzo	5588	73,62	66,54	5751	75,90	70,74	5610	77,61	71,89	5592	78,38	74,32
Molise	1209	80,40	66,91	1239	77,48	69,25	1200	77,92	69,83	1263	78,38	72,92
Campania	28163	67,41	48,89	29138	68,29	53,33	30257	66,15	52,45	30909	65,51	53,27
Puglia	19123	82,98	76,81	19313	82,76	77,62	20477	80,67	76,19	20406	80,77	76,40
Basilicata	2291	82,41	77,78	2333	83,50	79,81	2558	81,39	78,58	2470	78,06	75,06
Calabria	7981	68,34	59,80	8025	66,40	60,74	8205	65,40	63,33	8447	67,83	64,06
Sicilia	24822	64,56	51,15	25250	68,33	55,28	25748	67,60	56,64	25675	68,93	58,66
Sardegna	6275	64,40	57,72	6551	65,88	59,27	6317	68,70	59,05	6600	66,42	57,86
Italia	274262	78,78	71,25	275077	78,07	71,27	279852	77,05	71,03	277918	75,89	70,50

COORTE DI NASCITA RAGAZZE	2002			2001			2000			1999		
	Regione	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose	% vaccinate con ciclo completo	Popolazione target	% vaccinate con almeno 1 dose
Piemonte	18985	74,60	71,72	18988	73,18	70,94	19656	72,00	70,35	19496	66,81	64,91
Valle d'Aosta	509	72,69	71,12	542	75,46	67,16	579	73,58	69,43	532	74,06	70,86
Lombardia	45930	77,39	75,55	46585	75,25	74,32	47143	72,44	71,65	46660	64,08	63,06
Prov. Aut. Bolzano	2781	54,08	44,16	2879	54,46	48,45	2967	47,52	42,23	2912	42,69	37,60
Prv. Aut. Trento	2680	69,18	62,01	2672	68,86	63,55	2842	63,79	59,11	2877	60,51	58,12
Veneto	22623	80,04	78,78	22519	79,12	78,14	23733	79,40	78,55	23760	75,40	74,46
Friuli-Venezia Giulia	5032	74,07	72,40	5018	73,77	72,60	5330	73,45	74,09	5091	72,11	70,40
Liguria	6534	74,66	70,34	6638	75,67	71,77	6873	69,97	66,10	6855	69,47	66,24
Emilia-Romagna	19359	81,22	79,67	19549	79,47	73,90	19843	76,89	73,73	19367	73,22	70,55
Toscana	15960	83,22	80,96	16035	82,52	80,67	16053	82,12	80,45	15945	77,25	75,96
Umbria	3837	82,38	81,05	3779	81,74	80,60	3880	81,68	80,82	3695	76,59	75,91
Marche	6591	75,92	74,10	6645	76,54	74,52	6735	78,25	75,95	6876	77,85	76,69
Lazio	24910	78,00	66,01	25101	78,16	71,70	25335	77,23	71,43	25221	74,46	68,99
Abruzzo	5492	79,59	74,95	5778	79,72	75,23	5713	70,73	67,60	5976	77,38	72,19
Molise	1306	73,89	71,06	1308	72,25	69,80	1361	70,61	67,60	1375	42,98	38,33
Campania	30399	66,30	57,69	30748	64,90	57,63	31187	55,50	49,27	31103	47,58	43,66
Puglia	20564	80,56	58,59	20764	81,51	75,69	21215	81,69	75,75	20494	77,70	73,19
Basilicata	2530	78,85	74,31	2500	78,40	75,12	2536	79,50	76,81	2479	68,94	65,19
Calabria	8113	69,35	64,66	8433	71,78	68,07	8477	69,87	68,17	8422	67,54	66,55
Sicilia	25608	67,91	57,42	25900	66,26	53,53	25842	64,96	60,77	26423	62,08	59,49
Sardegna	6576	68,07	58,55	6729	69,13	58,57	6765	71,87	63,13	6407	74,64	66,46
Italia	276319	75,38	69,02	279110	74,57	69,88	284065	72,24	68,96	281966	67,75	64,87

NUOVE TECNOLOGIE

Come l'Intelligenza Artificiale sta riscrivendo lo screening del cancro ginecologico

Dalla patologia digitale ai microscopi senza lenti, fino ai nuovi colposcopi e isteroscopi dotati di visione artificiale. Un'analisi completa delle applicazioni dell'Intelligenza Artificiale in questo particolare settore della ginecologia, tra progressi futuri e sfide attuali



CARLO SBIROLI
Past president Aogoi

L'INTRODUZIONE dell'Intelligenza Artificiale (IA) nel settore della patologia nel 2017 ha segnato l'inizio di una trasformazione digitale, portando una serie di innovazioni tecnologiche che continuano a modificare questo settore della diagnostica in modo radicale. Oggi i patologi non si limitano più al solo studio dei preparati cito-istologici, cosiddetti "vetrini", valutati tradizionalmente al microscopio, ma integrano le loro analisi con tecnologie digitali all'avanguardia. Questo avanzamento tecnologico si manifesta in modo particolare con l'adozione degli scanner ad alta risoluzione, diventati strumenti essenziali nella diagnostica medica. Questi dispositivi sono capaci di catturare ogni minimo particolare nei preparati biologici, spesso rivelatori di malattia. Questa attenzione al dettaglio è stata raggiunta con la tecnologia delle *Whole Slide Images* (WSI), cosiddette "immagini a vetrino intero", che consentono ai patologi di esaminare i campioni biologici con un livello di dettaglio senza precedenti, superando le limitazioni del campo visivo del microscopio tradizionale. Grazie alla digitalizzazione dei vetrini, i patologi possono ora ingrandire aree specifiche dei tessuti, mantenendo al contempo una visione completa del campione. Questa precisione è particolarmente importante nella diagnostica oncologica, dove la capacità di misurare con esattezza le aree interessate dalla neoplasia può fare la differenza nella pianificazione del trattamento.

Le WSI non rappresentano solo un avanzamento tecnologico in termini di dettaglio e precisione, ma facilitano anche l'integrazione dell'IA nella patologia digitale. La capacità delle WSI di fornire immagini ad alta risoluzione dell'intero vetrino si adatta perfettamente per essere utilizzate dalla *Visione Artificiale*, un ramo avanzato dell'IA, che trasforma le scansioni digitali in dati che possono essere processati per estrarre informazioni diagnostiche dettagliate. Brian Lovell, dell'Università del Queensland, esperto nel settore, spiega come "l'IA applicata alla patologia digitale si avvalga di reti neurali convoluzionali (CNN), basati su algoritmi di apprendimento automatico. Questa tecnologia analizza le immagini strato dopo strato e traduce ogni singolo pixel in dati numerici che sintetizzano le caratteristiche salienti del tessuto esaminato". Grazie a questa analisi, gli algoritmi sono capaci di riconoscere schemi, forme, texture e strutture cellulari all'interno delle immagini, permettendo ai patologi di fare distinzioni nette e accurate tra i

tessuti sani e quelli malati.

Per raggiungere un'autonomia decisionale, gli algoritmi richiedono un'accurata fase di addestramento che richiede l'utilizzo di vaste raccolte (dataset) di immagini digitali di campioni biologici, le WSI. Ogni immagine deve essere accuratamente etichettata per istruire gli algoritmi a riconoscere le differenze tra tessuti normali e quelli malati. Nadia Brancati dell'Istituto di Calcolo e Reti ad Alte Prestazioni del CNR sottolinea l'importanza del contributo umano: "Dietro ogni WSI c'è un significativo lavoro di classificazione. Per garantire che l'algoritmo impari in modo efficace, è cruciale che ogni immagine sia esaminata e catalogata accuratamente".

Oggi, la sfida maggiore sta nella scarsa disponibilità di questi dataset. Tuttavia, la buona notizia è che recentemente si sta assistendo a un trend positivo: le istituzioni sanitarie stanno iniziando a condividere più liberamente i loro archivi, potenziando così le risorse a disposizione per l'addestramento degli algoritmi e facilitando la strada verso diagnosi più precise e rapide.

MICROSCOPI SENZA LENTI

I MICROSCOPI si stanno sempre più adeguando alla patologia digitale. Una delle innovazioni più significative in questo campo è rappresentata dai microscopi senza lenti, potenziati dall'IA. La particolarità di questi microscopi sta nel loro meccanismo di funzionamento: anziché utilizzare lenti tradizionali per ingrandire la visione degli oggetti, catturano i raggi di luce che rimbalzano dai campioni e, mediante algoritmi di visione artificiale, li traducono in immagini digitali ad alta risoluzione. "È un processo che converte la luce catturata in un insieme complesso di dati", precisa professor Wong dell'Università di Waterloo. "Questi dati vengono poi analizzati dall'IA per generare rappresentazioni precise dei tessuti a livello microscopico, che sono fondamentali nella diagnosi cito-istologica".

Esistono diversi tipi di microscopi senza lenti. Alcuni modelli utilizzano algoritmi per elaborare le immagini, mentre altri sfruttano proprietà fisiche della luce, come la diffrazione e l'interferometria. La diffrazione utilizza la luce che passa attraverso i campioni per creare pattern complessi, che vengono convertiti in immagini dettagliate del tessuto. L'interferometria, dall'altra parte, sfrutta le interazioni delle onde luminose che, modificando la loro traiettoria quando incontrano il tessuto, rivelano dettagli microscopici, come la disposizione e la densità delle cellule, fondamentali



per identificare specifiche patologie. Anche l'uso dei sensori CMOS, simili a quelli impiegati nelle fotocamere digitali, trovano largo uso nei microscopi senza lenti, facilitando notevolmente l'analisi rapida di vasti campioni di tessuto, un vantaggio decisivo per esempio nello screening oncologico dove è fondamentale la velocità di analisi.

I microscopi senza lenti stanno stabilendo nuovi standard per praticità, velocità e precisione nell'imaging diagnostico. In particolare, i microscopi olografici digitali e quelli a fluorescenza senza lenti stanno facendo grandi progressi. I primi producono immagini tridimensionali dei tessuti, cruciali per individuare con precisione cambiamenti cellulari precancerosi. I secondi utilizzano luce speciale per evidenziare marcatori cellulari e rilevare alterazioni potenzialmente maligne, migliorando significativamente l'efficacia dello screening del cancro ginecologico.

INTELLIGENZA ARTIFICIALE E SCREENING CITO-ISTOLOGICO

ATTUALMENTE GLI APPARECCHI di colposcopia e isteroscopia utilizzano telecamere digitali ad alta risoluzione per acquisire immagini nitide e dettagliate delle strutture tissutali della cavità, del canale cervicale e della cervice uterina. Sebbene dispositivi di questo tipo, dotati di visione artificiale, non siano ancora disponibili sul mercato, prototipi testati in studi pilota hanno già dimostrato come l'IA possa migliorare significativamente l'accuratezza nella rilevazione e classificazione delle lesioni ginecologiche. La maggior parte di questi studi presenta una certa eterogeneità in termini di diversità delle popolazioni incluse, utilizzo di diversi comparatori e segnalazione delle caratteristiche del test. Questa eterogeneità rende difficili i confronti diretti tra i vari algoritmi. Tuttavia il principale ostacolo all'adozione di questa tecnologia rimane la scarsità di dataset-WSI ampi, dettagliati e validati. Come già evidenziato in precedenza, questi dataset sono

Secondo appuntamento di GynecoAogoi sull'impiego dell'Intelligenza Artificiale nel trattamento del cancro ginecologico. Ogni articolo si propone di essere un elemento informativo di rilievo, offrendo non solo uno sguardo d'insieme, ma anche strumenti operativi e analisi approfondite sull'impiego di queste tecnologie avanzate.



essenziali per lo sviluppo e l'ottimizzazione di sistemi diagnostici affidabili, in quanto l'accuratezza degli algoritmi di IA dipende fortemente dalla qualità e dalla quantità dei dati su cui sono addestrati.

COLPOSCOPIA

LA COLPOSCOPIA È UN ESAME FONDAMENTALE nella diagnostica del cancro del collo dell'utero, ma nonostante la sua rilevanza clinica, le competenze degli operatori possono variare significativamente e gli standard diagnostici non sono sempre applicati in maniera uniforme. Per rendere le diagnosi più precise e ridurre queste variabilità, si sta puntando sull'integrazione dell'IA. L'obiettivo è affiancare i colposcopisti con strumenti tecnologicamente avanzati che possano supportarli nella formulazione di diagnosi più precise e accurate.

Conferme dell'impatto positivo dell'IA emergono dalla letteratura scientifica. È il caso, ad esempio, del colposcopio sviluppato nel 2020 dal team guidato da Xue, anatomo-patologo presso il Centro Nazionale di Ricerca Clinica sul Cancro a Pechino. Analizzando più di 19.000 pazienti, questo team ha evidenziato un miglioramento nella rilevazione di lesioni cervicali, precancerose e cancerose, grazie proprio all'uso di colposcopi potenziati dall'IA. Similmente, Zhao, alla guida del centro di ricerca a Sichuan, ha osservato con lo stesso sistema una maggiore sensibilità rispetto alle metodologie tradizionali, mantenendo un'accuratezza diagnostica elevata.

Esperti come Wang dell'Università di Shenyang sono ottimisti riguardo al futuro dell'IA nella diagnostica medica. Prevedono che presto la maggior parte dei colposcopi nei centri di prevenzione e diagnosi del cancro genitale femminile saranno equipaggiati con tale tecnologia. Questo progresso promette di rendere l'identificazione delle lesioni più efficiente e di aumentare la precisione delle biopsie, migliorando così l'esito delle cure e riducendo il margine di errore umano.

ISTEROSCOPIA

GLI ISTEROSCOPI MODERNI DIGITALIZZATI, dotati di strumenti e ottiche miniaturizzate, hanno notevolmente migliorato l'analisi del canale cervicale e della cavità uterina, incrementando sensibilmente l'affidabilità diagnostica. Uno studio condotto da Takahashi dell'Università di Tokyo, dimostra che l'integrazione dell'IA negli isteroscopi migliora considerevolmente l'accuratezza nel differenziare patologie uterine quali polipi, miomi e cancro. Gli algoritmi di apprendimento profondo applicati alle WSI hanno incrementato la precisione diagnostica dall'80 al 90%, segnando un progresso significativo nello screening del cancro endometriale. Tuttavia, anche nel caso dell'isteroscopia, la carenza di ampi dataset validati, ostacola l'adozione più ampia dell'IA in questo settore.

CITOLOGIA, PAP-TEST

L'applicazione delle tecniche di apprendimento profondo e di visione artificiale, ottenute tramite microscopi di ultima generazione, ha rivoluzionato l'analisi dei Pap-test. L'IA è in grado di valutare con estrema precisione le caratteristiche morfologiche dei campioni, come dimensioni e forma dei nuclei cellulari, il rapporto nucleo-citoplasma e la presenza di anomalie cromatiniche. Questo approccio migliora significativamente l'accuratezza diagnostica e riduce i tempi di analisi. I risultati sono chiari: gli studi del patologo Sanyal a Calcutta evidenziano un'accuratezza del 94% quando si usa dell'IA con una sensibilità del 96% e una specificità del 91%. A confermare queste dati, ci sono anche gli studi di Makris ad Atene che dimostrano come l'apprendimento profondo analizzi con successo migliaia di immagini citologiche. Questo promette un futuro in cui la diagnosi precoce e accurata del cancro cervicale sarà alla portata di tutti.

Quest'avanzamento tecnologico segna un progresso tangibile che si traduce in una prevenzione

più efficace del cancro cervicale. Democratizza l'accesso a uno screening di qualità elevata e velocizzando il processo di rilevamento delle patologie, per un impatto sanitario positivo su scala globale.

BIOPSIE

NELL'AMBITO DELLO SCREENING del cancro ginecologico, una delle tecniche più promettenti combina la precisione delle biopsie - sotto guida colposcopica per cervice o isteroscopica per endometrio - con l'analisi avanzata offerta dalla patologia digitale potenziata dall'IA.

Studi recenti sul cancro del collo dell'utero hanno dimostrato che biopsie eseguite sotto guida colposcopica e analizzate tramite microscopi dotati di IA hanno migliorato l'accuratezza di classificazione fino all'85% su vasti set di oltre mille immagini. Similmente per il cancro endometriale, l'IA ha potenziato l'analisi delle biopsie ottenute tramite isteroscopi, distinguendo con alta precisione tra tumori benigni e maligni: uno dei modelli ha raggiunto un'accuratezza di validazione di oltre l'87%.

È importante notare che, al momento, la letteratura non fornisce dati sull'impiego della patologia digitale-IA nella prevenzione del cancro della vulva e della vagina, indicando un potenziale ambito di ricerca ancora da esplorare.

CONCLUSIONI



L'IA non rimpiazzerà completamente il ginecologo e il patologo, ma li affiancherà come strumento di supporto, arricchendo la pratica clinica con diagnosi più precise e una migliore gestione delle patologie ginecologiche

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE si propone come valido supporto nello screening del cancro ginecologico. I microscopi, equipaggiati con IA, iniziano ad entrare nella pratica clinica, fornendo risultati positivi in termini di diagnostica predittiva e prognostica. Per quanto riguarda colposcopi e isteroscopi, invece, l'integrazione dell'IA, rimane per ora nell'ambito della ricerca e non è ancora una realtà di mercato. Tuttavia studi recenti indicano che, una volta integrati con IA, questi dispositivi hanno il potenziale di migliorare significativamente sia la diagnosi che la prognosi del cancro ginecologico. Nonostante questi progressi, siamo ancora in una fase di transizione. La sfida principale rimane la creazione e la convalida di dataset ampi e dettagliati, necessari per addestrare gli algoritmi di IA a distinguere con precisione tra patologie benigne e maligne.

Guardando al futuro, l'ottimizzazione dell'IA ha il potenziale per trasformare non solo come vengono rilevate e classificate le malattie, ma anche come i pazienti vengono gestiti e trattati, portando a una personalizzazione ancora maggiore delle cure e a interventi più mirati. È un orizzonte ricco di speranza, che richiede un impegno congiunto di specialisti, ricercatori e policy maker per superare gli ostacoli tecnologici ed etici. L'impatto potrebbe essere profondo, segnando un passo avanti decisivo nella battaglia contro il cancro ginecologico.

Infine, in questo scenario tecnologico avanzato, il ruolo del ginecologo e del patologo rimane centrale e insostituibile. La previsione per l'immediato futuro è chiara: l'IA non rimpiazzerà completamente questi professionisti, ma li affiancherà come strumento di supporto, arricchendo la pratica clinica con diagnosi più precise e una migliore gestione delle patologie ginecologiche.



Katalin Karikó ha vinto nel 2023, insieme a Drew Weissman il Premio Nobel per la medicina. I loro studi consentito di trasformare una molecola instabile - l'RNA messaggero - in un'arma decisiva contro il Covid-19, aprendo al contempo nuove frontiere nella lotta contro molte altre malattie

Scienza e tenacia: Katalin Karikó e la rivoluzione dell'Mrna

Recensione di
CARLO SBIROLI

“
Il libro si propone come un vero stimolo all'eccellenza, sottolineando l'importanza del rigore e della resilienza di fronte alle sfide del campo scientifico

UN'AUTOBIOGRAFIA? Sì, certo, ma non una qualsiasi. È molto più di un semplice racconto personale. È la narrazione appassionante di una vita straordinaria, intrecciata tra dedizione alla ricerca scientifica e un'instancabile perseveranza di fronte alle sfide imposte dalla vita. Il nuovo libro di Katalin Karikó *“Nonostante tutto. La mia vita nella scienza”*, edito da Bollati Boringhieri e tradotto con perizia da Andrea Asioli, emerge come una delle autobiografie più coinvolgenti e significative nel panorama scientifico.

Disponibile da aprile scorso nelle librerie italiane, il testo racconta le sfide e le vittorie di una delle figure più influenti nella ricerca biomedica. Insieme a Drew Weissman, nel 2023 ha vinto il Premio Nobel per la medicina per essere riuscita a trasformare una molecola instabile - l'RNA messaggero - in un'arma decisiva contro il Covid-19, aprendo al contempo nuove frontiere nella lotta contro molte altre malattie.

Figlia di un macellaio, Katalin Karikó è cresciuta nell'Ungheria comunista post-bellica, in un contesto di grandi privazioni. Nonostante ciò, queste condizioni non ostacolarono il suo brillante percorso accademico in biologia nel suo paese natale. Spinta dalla passione per la scienza, decise di varcare i confini nazionali, approdando negli Stati Uniti nel 1985 con una borsa di studio post-dottorato e 1.200 dollari abilmente nascosti nell'orsacchiotto della sua bambina di due anni. Negli Usa, Karikó si scontrò con numerose difficoltà, trovando scetticismo e ostilità nei confronti delle sue idee innovative. Malgrado questi ostacoli, non si arrese mai, sostenuta dalla convinzione nel potenziale terapeutico dell'mRNA: alla fine ebbe ragione.

Nel 1997 un incontro fortuito con l'immunologo statunitense Drew Weissman in un corridoio dell'Università di Pennsylvania segnò una svolta decisiva nella carriera di Karikó. Una semplice conversazione davanti ad una fotocopiatrice diede inizio a una collaborazione storica tra i due scienziati. Questo sodalizio scientifico portò alla soluzione di uno dei maggiori problemi della ricerca sull'mRNA: la sua instabilità e la sua tendenza a scatenare risposte immunitarie indesiderate. Grazie alle loro scoperte, fu possibile modificare l'mRNA in modo che eludesse efficacemente la risposta immunitaria innata. Questa narrazione non solo evidenzia l'importanza del loro lavoro, ma anche la dinamica unica tra i due scienziati. Karikó descrive Weissman come una persona riservata, ma con una dedizione al lavoro pari alla

sua. “Ero certa”, scrive, “che anche a notte fonda, se gli avessi inviato un'e-mail, avrebbe risposto in breve tempo. Non mi sbagliavo mai; le sue risposte arrivavano sempre prima delle quattro del mattino”. Questo dettaglio non solo illumina l'intensità della loro dedizione, ma mette anche in rilievo un legame professionale basato su rispetto reciproco e passione condivisa per la scienza.

A 58 anni Katalin Karikó si trasferì a Magonza, in Germania, chiamata alla BioNTech da Uğur Şahin e Özlem Türeci, una coppia di medici-scienziati. “Mi piaceva lavorare in BioNTech. Per la prima volta in vita mia non facevo più tutto gli esperimenti da sola. Ero alla guida di un team di base”, ricorda la Karikó, sottolineando il contrasto con i suoi primi anni di ricerca. La svolta giunse nel 2020 con l'inizio della pandemia di Covid-19. Una sera, l'8 novembre di quell'anno, ricevette una telefonata che avrebbe cambiato la storia: era Uğur Şahin ad annunciare che “il vaccino - testato su 43.448 individui in 153 luoghi in tutto il mondo - funzionava”. Questa notizia non solo segnava un traguardo nella lotta contro il virus, ma anche l'inizio del potenziale dell'mRNA nello sviluppo di terapie contro varie forme di tumori, contro la fibrosi cistica e contro rari disturbi metabolici, nonché nella messa a punto di vaccini contro alcune delle malattie infettive più insidiose. “Nel prossimo decennio, credo, assisteremo a un'esplosione di nuove terapie e vaccini a base di mRNA”, conclude Karikó, promettendo: “sarò vigile come non mai”.

Nell'ultimo anno, *Gynecoaogoi* ha seguito attentamente e documentato gli sviluppi degli studi di Katalin Karikó, dalla messa a punto dei vaccini anti-Covid-19 a quelli terapeutici a base di mRNA, fino al conseguimento del Premio Nobel. Questo libro si rivela una risorsa fondamentale per chiunque sia interessato a comprendere approfonditamente il settore della biomedicina, nonché a scoprire le sfide e le vittorie di una scienziata che ha rivoluzionato la medicina moderna. Con una prosa chiara e incisiva, Karikó non solo condivide le metodologie alla base delle sue ricerche pionieristiche, ma illustra anche il suo rigoroso impegno etico. Il lettore viene così invitato a riflettere sull'essenziale bisogno di integrità e perseveranza per il progresso scientifico continuo. Il libro, più che un mero compendio di conoscenze, si propone come un vero stimolo all'eccellenza, sottolineando l'importanza del rigore e della resilienza di fronte alle sfide del campo scientifico.



KATALIN KARIKÓ

NONOSTANTE TUTTO.
LA MIA VITA NELLA SCIENZA

EDITORE
BOLLATI BORINGHIERI
2024

PAGINE
280

ISBN
9788833943374

CHIRURGIA VAGINALE

Isterectomia: il futuro è “la via verde”

Il Prof. Clavè è uno dei chirurghi vaginalisti più conosciuti e di maggior esperienza nello scenario mondiale della chirurgia ginecologica.

Oltre ad essere invitato a congressi internazionali svolge anche un'intensa attività didattica per trasmettere ai più giovani le abilità tecniche di esecuzione della chirurgia vaginale ed in particolare della colpoisterectomia.

Tra i vari aspetti ritenuti vantaggiosi della chirurgia vaginale, peraltro abbastanza noti a noi tutti, mi hanno particolarmente interessato le osservazioni che il Prof. Clavè ha sollevato in merito all'“ecologia” di questa chirurgia che lui chiama “la via verde”.

In effetti i problemi relativi alla conservazione rispettosa dell'ambiente in cui viviamo, del risparmio energetico e del contenimento dei rifiuti interessano tutte le categorie professionali inclusa la nostra di ostetrici-ginecologi.

Ed ecco che anche in sala operatoria è possibile tentare di applicare una condotta ecologista.

Nel nostro caso la via vaginale, quando indicata e fattibile, soprattutto per l'isterectomia è sicuramente l'approccio più “verde” rispetto ad altre tecniche perché più economica, non dipendente da strumenti monouso e risparmiatrice di tempo e di materiali.

Ho quindi chiesto al Prof. Clavè di condividere con noi le sue riflessioni con un articolo esclusivo per GynecoAogoi che ho cercato di tradurre dal francese nel modo più aderente al suo pensiero e che qui pubblichiamo.

Colgo l'occasione per ringraziarlo a nome di tutti i colleghi.

Claudio Crescini



HENRI CLAVÈ
Chirurgo ginecologico,
Nizza, Francia

INTRODUZIONE

La chirurgia vaginale è un patrimonio culturale e professionale che non è conveniente perdere. L'isterectomia, che è ancora uno degli interventi più frequenti in chirurgia ne è un buon esempio soprattutto perché questa procedura chirurgica è facile da confrontare con gli altri differenti approcci.

Studi oggettivi confermano che l'isterectomia vaginale è la procedura preferita dalle pazienti, è la più economica per il sistema sanitario ed è di gran lunga la più economica in termini di inquinamento di carbonio per proteggere il nostro pianeta. È questa la “via verde” che dovrebbe essere preferita.

IL DECLINO DELLA VIA VAGINALE

Questo declino è evidente e si trova nella maggior parte delle pubblicazioni negli Stati Uniti e in Europa.

Le ragioni di questo declino sono molteplici: l'elevata qualità della visione endoscopica affascina tutti gli operatori, ingrandendo l'immagine, evidenziando con chiarezza i piani, realizzando un'emostasi perfetta e non lasciando nulla al caso.

Le difficoltà dell'istruzione accademica.

È difficile insegnare procedure chirurgiche che si svolgono nella parte più profonda della vagina con scarsa visibilità e che richiedono agli assistenti di assumere posizioni scomode e faticose. L'emostasi con punti di sutura nella parte pro-

CHIRURGIA VAGINALE

fonda della vagina è difficile, a volte incerta e spesso stressante. È curioso notare che la difficoltà di questa emostasi con punti di sutura in laparoscopia è stata superata molto rapidamente con l'uso di strumenti elettrochirurgici appositi. Per gli specializzandi, questo tipo di chirurgia poco raffinata, sanguinante e grossolana è considerata arcaica. Inoltre, molti docenti non sono più addestrati in questo intervento chirurgico. Le difficoltà della formazione post-laurea. La maggior parte dei finanziamenti per la formazione chirurgica post-laurea proviene dall'industria sia che si tratti di seminari e workshop sia dell'allestimento di stand a congressi o simposi. L'industria è sollecitata e risponde volentieri a condizione che abbia prodotti da presentare e vendere.

Tuttavia, poiché la chirurgia vaginale non costa nulla non c'è nulla da vendere. Può anche essere considerata una concorrente formidabile in quanto può sottrarre un'ampia fetta del mercato dei materiali di consumo.

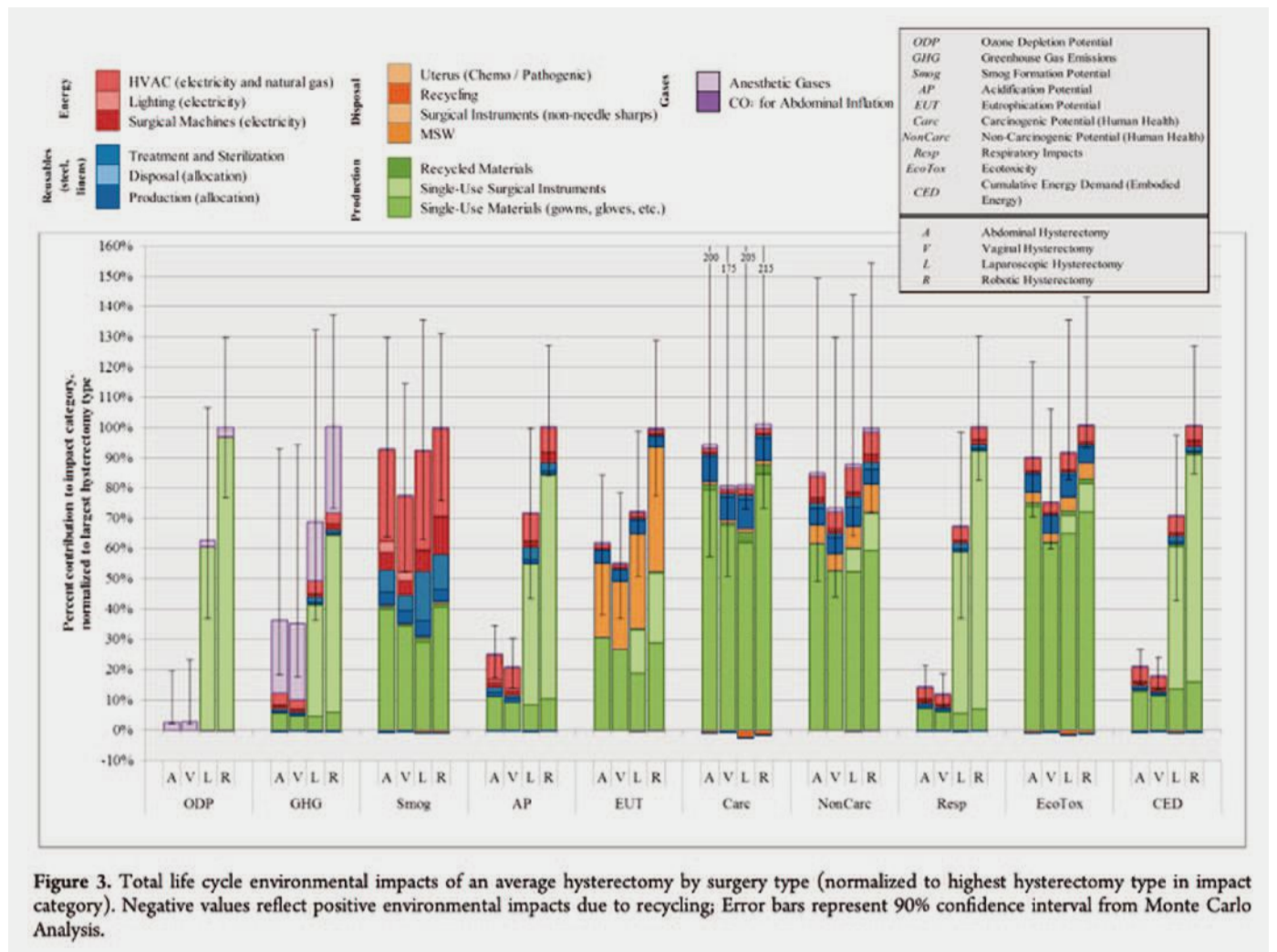
Inoltre, questo tipo di insegnamento può essere svolto solo con uno stretto contatto degli operatori, il che limita il numero di professionisti che possono beneficiare di ogni sessione di formazione rispetto a un workshop di laparoscopia.

PERCHÉ È NECESSARIO MANTENERE LA CHIRURGIA VAGINALE?

In primis per le pazienti, perché quasi tutte le pubblicazioni dimostrano che questa è la strada migliore da percorrere per le pazienti in termini di dolore, recupero post-operatorio e soddisfazione (1). La maggior parte delle attuali raccomandazioni internazionali confermano che la via vaginale è la via di approccio preferita dalle pazienti. Attualmente si tratta di un intervento che viene eseguito in day hospital in alcune realtà sanitarie, per il quale non c'è cicatrice visibile, nessuna intubazione, nessun catetere vescicale e pochi analgesici post-operatori.

Ma anche per l'economia dei sistemi sanitari. L'isterectomia vaginale è associata al tempo chirurgico più breve e alla durata della degenza più corta. Una cassetta di strumenti per questa procedura, compreso il set di valve non costa più di 1.000 euro. Tutti ferri sono sterilizzabili e utilizzabili per tutta la vita. Una singola pinza laparoscopica è molto più costosa e di più breve durata per non parlare della strumentazione endoscopica monouso. Solo uno dei 4 strumenti utilizzati per ogni isterectomia in robotica costa circa 1.500 euro e può essere utilizzato solo 10 volte. Il prezzo della strumentazione chirurgica ovviamente varia molto a seconda del paese e del sistema di fatturazione.

Ed ancora, per proteggere l'ambiente con una visione ecologica il nostro ruolo di medici non è solamente quello di curare le persone, ma anche di preservare la salute di tutti ed è indubitabile che la comunità medica non è attualmente molto coinvolta in questo campo.



L'IMPATTO AMBIENTALE DELLE EMISSIONI DI ANIDRIDE CARBONICA È CAUSATO DA:

- Fabbricazione di strumenti;
- Trasporto;
- Consumo di energia elettrica in sala operatoria che dipende dalla durata dell'intervento ma anche dalle apparecchiature utilizzate;
- Manutenzione e sterilizzazione;
- Smaltimento dei rifiuti: si stima che un'isterectomia vaginale produca 4,48 kg di CO₂-eq. e un'isterectomia robotica 12,01 kg di CO₂-eq.

ANESTESIA

Per la via vaginale, l'anestesista userà volentieri il propofol perché è un intervento chirurgico breve e non aggressivo. Per un intervento chirurgico lungo, che richiede una perfetta stabilità della narcosi, l'anestesista preferirà utilizzare gas anestetici come il sevoflurano o il desflurano e l'emissione di gas serra avrà quindi un impatto da 10 a 100 volte maggiore.

L'IMPATTO AMBIENTALE

Cassandra Thiel ha studiato le conseguenze dell'impatto ambientale dei quattro approcci all'isterectomia: addominale, vaginale, laparoscopico e robotico. È stata in grado di determinare che per tutte le seguenti conseguenze (gas serra, fumo, potenziale cancerogeno, impatto sul sistema respiratorio, ecc.) è sempre la via vaginale la meno dannosa (2)

QUALI SONO GLI STRUMENTI DA METTERE IN CAMPO?

Aggiornare le modalità di insegnamento della tecnica di chirurgia vaginale. L'utilizzo dell'esoscopio VITOM di Storz è un ottimo modo per coinvolgere gli specializzandi. Come in laparoscopia possono con questo strumento guardare il monitor e collaborare con l'operatore senza doversi chinare. Possono capire meglio cosa viene fatto perché vedono in diretta la chirurgia.

Bisogna inoltre richiedere di eseguire un minimo

di procedure durante il corso di formazione.

Utilizzare la pinza bipolare per termofusione ER-BE bi-clamp o la radiofrequenza con Ligasure Curved Jaws. Questi strumenti rendono l'intervento chirurgico molto più semplice, pulito, elegante, sicuro e meno doloroso (3). Non possiamo oggi immaginare un laparoscopista che fa tutta l'emostasi con le suture. Non c'è più alcuna indicazione ad utilizzare i fili di sutura.

Sviluppare la laparoscopia vaginale. Uno dei maggiori ostacoli all'isterectomia vaginale era la paura di incontrare difficoltà a livello degli annessi. Ora, in caso di difficoltà, è facile installare un portale laparoscopico multistrumento del tipo Gel-Point e terminare la procedura con la laparoscopia vaginale, se necessario (4).

Contattare direttamente le associazioni di pazienti. Le associazioni di pazienti dovrebbero ricevere informazioni obiettive sui diversi approcci e non incentivi di marketing solo per chirurgia mini-invasiva con robot, laser, ecc.

Ottenere una rivalutazione finanziaria dalle compagnie di assicurazione sanitaria. Nella misura in cui questo approccio è il più efficace in termini di costi per il sistema sanitario e nella misura in cui non vi sarà alcun sostegno da parte dell'industria, dovrebbero essere proposti incentivi che alla fine andranno a beneficio del paziente, del sistema sanitario e dell'ambiente.

CONCLUSIONE

La via vaginale, che fa parte del patrimonio culturale e professionale dei ginecologi, è stata a lungo la via preferita per l'isterectomia. È stato poi sfidato dalla via addominale molto più invasiva e traumatica. Poi i progressi dell'endoscopia hanno accelerato il declino di una tecnica che è la migliore per i pazienti. Gli attuali progressi tecnologici, come gli esoscopi, l'emostasi termofusionale e la laparoscopia vaginale, dovrebbero consentire di ripristinare l'approccio vaginale al posto che merita nell'interesse dei pazienti, dei sistemi sanitari e dell'ambiente.

PER SAPERNE DI PIÙ

1. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Charlotte M Pickett and al. Cochrane data base syst Rev 29/08/23 doi.org/10.1002/14651858.CD003677.pub6
2. Environmental Impacts of Surgical Procedures: Life Cycle Assessment of Hysterectomy in the United States Cassandra Thiel and al. Environ Sci Technol 2015,49,3, 1979-1986
3. Safety and Efficacy of Advanced Bipolar Vessel Sealing in Vaginal hysterectomy :1000 cases. Clavé H, Clavé A. JI of Minimally Invasive Gynecology. Doi.org/10/1016/j.jmig.2016.10.017
4. Gelpoint (Applied Medical) is a suitable port for transvaginal NOTES Procedures. Baekelandt J. Journal of Gynecologic surgery Juin 2016 DOI: 10.1089/gyn2016.0013

I CESAREI IN ITALIA

I cambiamenti nella frequenza di taglio cesareo (TC) hanno caratterizzato l'assistenza ostetrica degli ultimi decenni. In Italia i parti per via cesarea erano circa il 15% di tutti i parti nei primi anni '80, per crescere rapidamente al 26% nel 1995 al 33% nel 2000 ed al 37,5% nel 2010 per poi iniziare una riduzione. Con questi valori l'Italia è tra le nazioni con i più alto tasso di TC al mondo



Considerazioni sulla frequenza dei parti per via cesarea in Italia

LA CRESCITA DEI PARTI per via cesarea rappresenta senza dubbio una delle cause del miglioramento della prognosi ostetrica. Numerosi studi clinici controllati hanno ad esempio documentata l'efficacia del TC nel migliorare la prognosi fetoneonatale in caso di presentazione podalica o di gravidanza gemellare.

Tuttavia le marcate differenze internazionali e, nello specifico della situazione italiana, tra aree geografiche e punti rappresentano da sempre un tema di grande dibattito ed un punto critico dell'assistenza ostetrica.

Se è infatti vero che cambiamenti nei pattern riproduttivi, come ad esempio l'innalzarsi della età media al primo parto ed il crescere della proporzione di nullipare tra le gravide possono almeno in parte giustificare l'aumento della frequenza di TC, osservazioni cliniche ed epidemiologiche indicano che il ricorso al TC riconosce determinanti non solo medici, ma anche organizzativi e culturali e che gli attuali tassi di TC osservati in alcune realtà assistenziali non sono giustificati da meri aspetti clinici. È ben noto infatti che marcate differenze nei tassi di TC sono presenti tra i diversi punti parto anche nell'ambito di una medesima area geografica con similari popolazioni o pattern riproduttivi.

Lo stesso decremento nella frequenza di TC osservato negli ultimi dieci anni documenta quanto il ricorso al parto per via cesarea sia influenzato non solo da determinati medici/assistenzia-



FABIO PARAZZINI,
Ginecologo,
Professore Ordinario,
Università di Milano

li, ma anche da aspetti culturali ed organizzativi. In questo articolo vengono sintetizzati i principali indicatori di natalità, e di assistenza al parto in Italia cercando di dare un quadro d'insieme dei cambiamenti sociali e clinici che hanno interessato la gravidanza ed il parto negli ultimi 30-40 anni e che possano fungere da riferimento "storico" per interpretare l'aumento al ricorso al TC. Verranno poi considerati i punti di criticità che devono essere tenuti presenti in una discussione franca sul ricorso al TC.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO DEMOGRAFICO.

IN ITALIA, la natalità è drammaticamente diminuita: negli anni '60 il numero di nati in Italia era maggiore alle 900mila unità (con un picco nel 1963 di 1.016.120 nati). Alla fine degli anni novanta il numero di nati per anno era pari a circa 520mila -530mila nati. Negli anni 2000 si è osservata una lieve ripresa da attribuire alla cresciuta frequenza di nati con genitori di origine non italiana seguita poi dal 2009 da una marcata e costante diminuzione raggiungendo il numero di 379.333 nati nel 2023 (Tab.1). La diminuzione osservata negli ultimi anni è dovuta alla riduzione numerica delle coorti di donne che stanno entrando in età fertile. Quindi a costanza di tasso di fecondità totale delle donne italiane ci si attende una riduzione di alcuni punti percentuali per anno del numero di nati in Italia. La riduzione del numero

di nati ha ovvie ricadute su il volume di attività osservate presso i punti nascita italiani.

Un altro importante cambiamento che si è osservato nelle abitudini riproduttive delle donne italiane è il netto aumento della età media al primo parto (Tab.1). L'età media delle donne al parto del primo figlio è aumentata da 25,2 anni nel 1980 a 28,3 nel 2000 ed a 33,1 nelle cittadine italiane ed a 31,1 anni in quelle di nazionalità non italiana nel 2022.

Il cambiamento nelle caratteristiche materne (maggiore proporzione di nullipare ed elevata età materna) portano dal punto di vista assistenziale ad un cambiamento nel profilo di rischio delle donne che accedono alla sala parti (si pensi solo alla frequenza di diabete gestazionale che interessa oggi circa il 6-7% delle gravidanze).

TABELLA 1. Numero nati età media al primo parto in Italia in accordo ed anni di calendario selezionati.

Anno	Numero nati	Età media al primo parto
1970	901.472	25,1
1980	640.401	25,1
1990	569.255	26,9
2000	543.039	27,6
2010	561.944	31,7
2023	379.333	-33,1 italiane 31, 1 straniera [^]

[^]dato riferito al 2022

I CESAREI IN ITALIA

LA FREQUENZA DI TAGLIO CESAREO

IL RICORSO AL TC è nettamente e costantemente aumentato nel tempo fino a circa il 2010. I TC erano circa l'11% di tutti i parti nel 1980, ma nel 2010 ben il 37,5% dei parti sono avvenuti con tale modalità. Nel 2022 il tasso di TC è stato pari a 31% (Tab.2). I tassi di TC sono rimasti costantemente maggiori al Sud. La Calabria, la Sicilia e la Campania raggiungono i livelli più alti; le regioni del Nord, Trentino Alto Adige in testa, hanno presentato e presentano le percentuali più basse. Un'ulteriore modalità di "misurare" gli andamenti del ricorso al taglio cesareo è l'uso dell'indicatore frequenza di TC primario, indicatore calcolato come numero nati da TC in gravide senza pregresso TC diviso la somma dei nati da parto vaginale più numero nati da TC in gravide senza pregresso TC. L'uso di tale indicatore permette di monitorare il ricorso al taglio cesareo "ripulendolo" dal fenomeno del taglio cesareo iterativo. Tale indicatore è stato scelto dal Piano Nazionale Esiti per monitorare l'andamento del ricorso al TC in Italia.

Nel corso degli ultimi anni, il ricorso al TC primario ha subito una progressiva riduzione, passando da una percentuale pari al 29% nel 2008, al 25% nel 2015 al 22% nel 2021. Come si può osservare la differenza tra il tasso di TC totale e primario è pari a circa 9 punti percentuali, valore sostanzialmente confrontabile alla frequenza di donne pre-cesarizzate al parto. Infatti in Italia, la proporzione di parti vaginali in donne pre-cesarizzate è ancora complessivamente bassa essendo nel 2022 pari al 10%.

TABELLA 2. Percentuale di TC sul totale dei parti per anno di calendario

Anno di calendario	% parti per via cesarea
1981	13
1985	16
1995	26
2000	33
2010	37,5
2020	31,1
2022	31

QUALE È LA PERCENTUALE "IDEALE" DI PARTI CESAREI?

Dal 1985, la comunità medica internazionale ha costantemente indicato che il tasso totale di TC deve essere compreso tra il 10% e il 15%. Questa soglia è stata decisa in seguito alla dichiarazione del WHO e fondata sulla revisione dei pochi dati disponibili, basati sui tassi di taglio cesareo dei paesi con i più bassi tassi di mortalità infantile e materna nel mondo in quel momento.

Tale raccomandazione è stata nel tempo fortemente discussa, anche alla luce dei cambiamenti delle caratteristiche delle donne gravide (prima fra tutte l'aumento della età materna) e dei differenti modelli assistenziali. Con il crescere delle evidenze sui rischi e benefici legati al TC (si pensi solo al cambiamento delle tecniche anestesio-

RICORSO AL TC PRIMARIO

2008

29%

2015

25%

2021

22%

logiche che ha di fatto eliminato la mortalità materna da anestesia) numerose ricerche hanno riconsiderato tale valore. Ad esempio nel 2015 uno studio di Molina et al (Molina et al "Relationship between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality", JAMA (2015), 314(21): 2263-2270) ha rivalutato utilizzando i dati relativi all'anno 2012 prendendo in considerazione 172 stati membri della WHO: è stato calcolato come "ideale" un tasso di taglio cesareo complessivo pari a 19,4 per 100 nati vivi (ossia il valore che massimizza i benefici e riduce i rischi della procedura) quindi superiore alla soglia del 15% definita dalla WHO.

Tale stima non specifica la quota di TC iterativi che come abbiamo visto "pesa" marcatamente sul tasso totale di tagli cesarei e si basa su dati riferiti ad ormai 14 anni orsono.

SONO APPLICABILI I VALORI SUGGERITI INTERNAZIONALMENTE ALLO SPECIFICO DELLA SITUAZIONE ITALIANA?

Come abbiamo visto nel corso degli ultimi anni la frequenza del ricorso al taglio cesareo è andata diminuendo in Italia sia con riferimento ai tassi di TC totale sia ai TC primario. I valori rimangono tuttavia ancora distanti da quelli ancora indicati da WHO.

Gli obiettivi WHO rappresentano tuttavia una valutazione che si basa sulla frequenza delle indicazioni cliniche per cui vi è una chiara e documentata evidenza scientifica di efficacia del TC nel migliorare la prognosi fetale e o materna (es. presentazione podalica, gemellarità) in una popolazione giovane e caratterizzata da una elevata parità media, caratteristiche oggi tipiche di alcuni Paesi (es. aree del sud del mondo ed alcune nazioni sviluppate), ma non a tutte le nazioni. La valutazione della frequenza "ideale" di TC nel nostro Paese deve oggi tenere in conto di:

- un differente profilo epidemiologico della nostra popolazione rispetto alle altre popolazioni;
- una elevata frequenza di donne che riportano all'anamnesi un precedente taglio cesareo o comunque un intervento sull'utero;
- una crescente richiesta da parte della donna di partorire per via cesarea in particolare nelle fasce di età più elevate;
- una organizzazione dei punti nascita che vede ancora oggi la presenza di numerose sale parto che assistono meno di 1000 parti l'anno.

DIFFERENTE PROFILO EPIDEMIOLOGICO DELLA NOSTRA POPOLAZIONE RISPETTO ALLE ALTRE POPOLAZIONI.

La principale caratteristica della popolazione ostetrica italiana è l'elevata età media al parto e l'alta percentuale di primipare.

La tabella 3 mostra alcuni confronti internazionali relativamente all'età media al primo parto.

TABELLA 3. Età media al parto in nazioni europee.

Nazione	Età media al primo parto (anni)
Albania	26.6
Austria	29.9
Belgio	29.5
Bulgaria	26.5
Croazia	29.2
Repubblica Ceca	28.8
Danimarca	30.0
Estonia	28.5
Finlandia	29.8
Francia	29.1
Germania	30.1
Grecia	31.0
Ungheria	28.6
Islanda	28.6
Irlanda	31.2
Italia	31.6
Olanda	30.3
Norvegia	30.0
Polonia	28.1
Portogallo	30.4
Romania	27.1
Serbia	28.1
Slovacchia	27.3
Slovenia	29.0
Spagna	31.6
Svezia	29.8
Svizzera	31.2

L'età materna è il principale fattore di rischio di TC, riconosciuto già negli anni '80, anni in cui la frequenza di TC era pari a circa il 10%. (Parazzini et al. Determinants of caesarean section rates in Italy. Br J Obstet Gynaecol. 1992 Mar; 99(3):203-6.) ed è costantemente osservato in nazioni ad alto e basso tasso di TC. Infatti sostanzialmente tutte le condizioni di rischio (si pensi ad esempio al diabete od all'ipertensione) e le patologie ostetriche aumentano con l'età materna, incluse le classiche indicazioni cliniche al taglio cesareo quali la gemellarità, la presentazione podalica, la macrosomia, la distocia dinamica del parto. Di conseguenza la frequenza di queste condizioni è maggiore in Italia rispetto a molte altre nazioni.

Stimando complessivamente un rischio circa doppio (ossia conservativamente pari al 20%) nelle donne tra i 35 ed i 39 anni e triplo nelle donne sopra i 40 anni (ossia 30%) delle indicazioni al TC e considerando che in Italia la proporzione di donne che partoriscono tra i 35 anni ed i 39 anni è pari circa il 30% e al 10% sopra i 40) -contro una proporzione nelle nazioni considerate ad esempio negli studi del WHO rispettivamente del 10% e 3% ((M Laopaiboon, et al on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn He-





alth Research Network Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment DOI: 10.1111/1471-0528.12659) - possiamo calcolare che l'elevata età materna al parto possa giustificare in confronto alla popolazione WHO una maggior frequenza di TC di circa il 4%. Tale stima conservativa è stata ottenuta applicando il maggior rischio di TC alla proporzione di donne nelle fasce d'età >35 anni eccedenti alla percentuale di donne in tale fascia d'età nella popolazione WHO.

FREQUENZA DI GEMELLARITÀ

Una indicazione ben definita al taglio cesareo (con esclusione in parte della presentazione cefalica) è la gravidanza multipla. La frequenza di parti multipli, causa la frequenza di utilizzo della procreazione medica assistita, è in Italia tra le più alte al mondo. Nel 2022 la frequenza di parti multipli era pari a 1,6%, circa un punto percentuale maggiore rispetto alla frequenza osservata in nazioni a minor utilizzo di tecniche di PMA.

FREQUENZA DI DONNE CHE RIPORTANO ALL'ANAMNESI UN PRECEDENTE TAGLIO CESAREO O COMUNQUE UN INTERVENTO SULL'UTERO

Una altra caratteristica della popolazione ostetrica italiana (in particolare in alcune aree geografiche) è l'alta percentuale di donne con pregresso TC.

Il rapporto Cedap non riporta la frequenza di donne precesarizzate tra le puerpere. Tuttavia anali-

“ Analisi regionali suggeriscono che in Italia oggi circa il 10-15% delle donne che accedono in sala parto sono precesarizzate. Di contro, la percentuale di pazienti precesarizzate riportato nelle analisi del WHO multicoutry study nelle aree con tasso di Tc pari al 20% era del 7%

si regionali suggeriscono che in Italia oggi circa il 10-15% delle donne che accedono in sala parto sono precesarizzate. Di contro, la percentuale di pazienti precesarizzate riportato nelle analisi del WHO multicoutry study nelle aree con tasso di Tc pari al 20% era del 7% (Vogel JP et al, Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicoutry surveys. Lancet Glob Health. 2015 May;3(5):e260-70)

Anche nei centri attenti a tale aspetto e con bassi tassi di TC circa il 70% delle donne precesarizzate oggi partoriscono per via cesarea (Guise J-M et al Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2010) (in Italia tale percentuale sale a circa il 90% (Piano Nazionale Esiti 2022)). Di conseguenza dobbiamo considerare che almeno il 10% dei parti oggi avvengono

per via cesarea a causa di tale condizione (contro un atteso di 5%, se considerassimo una frequenza di donne precesarizzate pari al 7%). (si veda anche precedentemente il confronto tra il tasso di TC totale e primario).

Le marcate differenze nella frequenza di donne precesarizzate nelle differenti regioni italiane a causa del perdurare nel tempo di differenti tassi di taglio cesareo possono almeno in parte anche spiegare la marcate differenze che oggi osserviamo nella frequenza di TC nelle varie regioni.

RICHIESTA DA PARTE DELLA DONNA DI PARTORIRE PER VIA CESAREA.

Nella letteratura medica, non sono disponibili dati dettagliati sulla frequenza di richiesta materna nelle varie nazioni ed in particolare in Italia. In generale gli studi condotti suggeriscono come nelle nazioni del Nord Europa tale frequenza sia inferiore al 10% delle donne, mentre in nazioni con disponibilità di organizzazione sanitaria, ma considerate in via di sviluppo, come il Brasile, tale preferenza raggiunga percentuali superiori al 50% (Kingdon C et al Systematic review of nulliparous women's views of planned cesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial. Birth. 2006 Sep;33(3):229-37; Mazzoni A et al Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG 2011, 118(4):391-399; Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. Maedica (Bucur). 2022 Mar;17(1):186-193).

Considerando lo specifico della situazione italiana, in uno studio condotto su 1000 donne la percentuale di preferenze per il taglio cesareo era pari al 20%. Tale percentuale era maggiore nelle donne più giovani (quasi il 35% delle donne di età inferiore a 25anni ed il 16% di quelle di età > 35 anni) e meno istruite (20.5% versus 13.4% nelle più istruite). Inoltre il 40% delle donne che riportavano all'anamnesi un precedente taglio cesareo hanno dichiarato di preferire un nuovo taglio cesareo rispetto al 6% delle donne che riportavano all'anamnesi un parto vaginale. Tale ultimo dato sottolinea il ruolo della prima esperienza di parto nella scelta della modalità del parto nel corso della seconda gravidanza. (Torloni MA et al Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preference-BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:78) Le ragioni riportate per preferire il cesareo erano paura del dolore alla nascita, possibilità di pianificare il momento del parto e sicurezza per la madre ed il bambino (65% delle risposte). Il 40% delle donne che preferivano un Tc ha dichiarato che lo preferivano perché permetteva un ritorno più rapido della attività sessuale (Torloni MA et al Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:78).

I CESAREI IN ITALIA



Non abbiamo una indagine nazionale che fotografi la differenza tra le varie regioni italiane nelle preferenze delle donne rispetto alle modalità del parto. Tuttavia alcuni dati ci suggeriscono come tale richiesta materna sia molto differente nelle varie aree geografiche italiane.

Al proposito interessante è uno studio condotto in Veneto ed in Sicilia. Tale studio ha valutato le differenze regionali nelle motivazioni riportate dalle donne rispetto al taglio cesareo su richiesta. Tra le ragioni emotive, la paura del dolore è stata la ragione più frequentemente riportata in Sicilia ($p = 0,045$), di contro le precedenti esperienze negative e l'ansia associata alla gestazione in Veneto ($p = 0,009$; $p = 0,001$) (Mancuso A et al. *Caesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience*. *J ObstetGynaecol*. 2008 May;28(4):382-5).

Questi dati suggeriscono come le ragioni del ricorso al cesareo siano complesse, possano variare da una regione all'altra e siano influenzate dal background socio-culturale.

Come già indicato, non sono disponibili dati nazionali sulla frequenza di Tc su richiesta.

In una analisi della fine degli anni 2000 delle SDO lombarde più del 10% dei TC (ossia ad un tasso di Tc pari a circa il 30% più del 3% dei parti) riportava come indicazione motivi psicologici od altre indicazioni o mancata menzione della indicazione, definizioni che sono spesso usate per i casi di richiesta materna. Tale percentuale era in costante crescita dagli inizi degli anni 2000 (Pazzini F et al, *I ricoveri ostetrici negli ospedali della Lombardia nel 2008*. *It J Gynecol Obstet* 2010, 22:1). Valori simili sono stati riportati per il 2000 in una analisi condotta nelle Marche ed anche in questo caso la crescita della richiesta materna rispetto al decennio precedente era pari a circa il doppio (Tranquilli A e Giannubilio SR *Caesarean delivery on maternal request in Italy* *Int J Gynecol Obstet* 2004; 84:169-170)

Sulla base delle considerazioni fatte e degli studi riportati – e considerando che il fenomeno appare in aumento – possiamo ragionevolmente sti-

“Le ragioni del ricorso al cesareo da parte delle future mamme sono complesse, possono variare da una regione all'altra e sono influenzate dal background socio-culturale”

mare in modo conservativo sulla base delle considerazioni sopra riportate che il 2-3% dei parti avvenga per via cesarea su richiesta materna. Percentuali maggiori di richiesta materna sono state suggerite per le regioni del Mezzogiorno (Mancuso A et al *Women's preference on mode of delivery in Southern Italy* *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:694-699)

ORGANIZZAZIONE DEI PUNTI NASCITA

Come già precedentemente riportato, la frequenza di TC è pari in Italia al 31% (dato 2022). Tale percentuale diventa pari al 33,8% nei punti nascita che assistono meno di 500 parti anno ed al 31,2% nei punti nascita che assistono 500-799 parti anno (Tab. 4)

TABELLA 4. Percentuale di parti cesarei secondo la dimensione del punto nascita (analisi CEDAP 2023)

Dimensione punto nascita	Tasso taglio cesareo
<500	33,8
500-799	31,2
800-999	29,8
1000-2499	31,7
>=2500	28,7
Totale	31,0

Tale andamento si osserva anche quando si considerano i tassi di TC primari (Tab.5).

TABELLA 5. Proporzioni di TC primario per dimensione del punto nascita e tipologia di struttura (2022)

Dimensione del punto nascita (n. parti assistiti anno)	Strutture accreditate	Strutture pubbliche
<=500	27,2	25,6
501-999	23,0	31,3
>=1000	19,5	30,0

Tale differenza è stata ampiamente indagata ed in larga parte attribuita a minor condizioni di sicurezza dei punti nascita più piccoli (es mancan-

za di presenza in guardia del secondo operatore e dell'anestesista nel punto nascita) che portano di conseguenza ad un maggior ricorso al Tc nelle situazioni di primo allarme.

Come osservato nel rapporto 2022 del PNE “il DM 70/2015 ha fissato la quota massima di TC primari al 25% per le maternità con più di 1.000 parti annui e al 15% per quelle con volumi inferiori. Se si escludono le strutture con meno di 500 parti/anno, di cui si prevedeva la chiusura già con l'Accordo Stato-Regioni del 2010 e che nella maggior parte dei casi sono interessate da un elevato ricorso al parto chirurgico, nel 2022 solo il 15% delle maternità con meno di 1.000 parti/anno e il 65% dei punti nascita con volumi superiori a 1.000 hanno fatto registrare proporzioni in linea con il DM 70/2015”.

Di fatto quindi viene chiesto ai centri più piccoli, tradizionalmente caratterizzati da alti tassi di Tc di raggiungere tassi inferiori rispetto ai centri maggiori. Se questa richiesta può apparire corretta dal punto di vista clinico (i centri più piccoli assistono sostanzialmente parti in gravidanze a basso rischio) appare molto più complesso dal punto di vista organizzativo.

Una riorganizzazione dell'offerta della assistenza al parto che porti alla chiusura dei punti nascita con meno di 1000 parti l'anno porterebbe già di per sé (applicando ai nati nei punti nascita che assistono meno di 1000 parti l'anno i tassi di TC che osserviamo nei punti nascita che assistono 1000-2.499 parti anno) una riduzione della frequenza di TC di circa 1-2 punti percentuali.

STIMA DEL TASSO IDEALE DI TAGLIO CESAREO DI POPOLAZIONE IN ITALIA

La tabella 6 mostra in sintesi la quota di tagli cesarei oggi attribuibili in Italia alle peculiari caratteristiche epidemiologiche della nostra popolazione (in sintesi maggiore età al parto, frequenza di parto multiplo, ed alta proporzione di donne con pregresso TC), la quota di tagli cesarei per richiesta materna e la quota di cesarei attribuibile alla presenza di punti nascita “piccoli”.

In accordo alle nostre considerazioni la quota di TC realistico (intendendo con tale termine la percentuale media di TC che oggi può essere realisticamente osservata in Italia nel suo complesso, non l'obiettivo teorico che escluda ad esempio il ricorso al TC per richiesta materna e le problematiche organizzative) per la nostra popolazione possa essere considerata pari al 26-28%

TABELLA 6. Percentuale di TC attribuibili a specifiche caratteristiche della popolazione italiana

TC dovuti a tale condizione	(%)
Valutazione WHO delle indicazioni cliniche certe che migliorano la prognosi materna e neonatale in un popolazione “ideale”*	15
Elevata età materna nella popolazione italiane (frequenza di patologie quali gemellarità, diabete etc)	3
Pregressi cesarei	5
Richiesta materna	2-3
Aspetti organizzativi: centri piccoli	1-2

*In questa percentuale si includono: parti podalici (4,5%) gemellarità (1%) placenta previa/accreta 0,5% distacco intempestivo di placenta (0,5%) macrosomia/sproporzione feto pelvica (1%) sofferenza fetale in travaglio di parto (3%) patologie materne (cardiopatie, preeclampsia/eclampsia, infezioni materne)(0,5%) parto di feto piccolo per età gestazionale di bassa età gestazionale (3%), fallimento induzione in gravidanze oltre il termine



(1%). (le percentuali indicano il rischio assoluto di base nella popolazione <35anni)fonti varie: Cammu H et al Common determinants of breech presentation at birth in singletons: a population-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014 Jun;177:106-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.04.008. Epub 2014 Apr 19; www.salute.gov.it/portale/documentazioneGetahun D et al Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006 Apr;107(4):771-8 See comment in PubMed Commons belowStivanello E Determinants of cesarean delivery: a classification tree analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014 Jun 28;14:215. doi: 10.1186/1471-2393-14-215)

Il determinante maggiore dello scostamento dalla stima WHO è l'alta proporzione di pregressi cesarei e la indicazione richiesta materna. Una stima che consideri che tutte le donne precesarizzate siano avviate ad un travaglio di prova ed un tasso di parto vaginale dopo travaglio di prova del 50% (il miglior tasso riportato in letteratura) porterebbe una riduzione del tasso di TC di circa un punto percentuale. Possibili sovrapposizioni nelle varie indicazioni - esempio presentazione podalica in donne già cesarizzate - anche se di difficile ad oggi quantificazione sulla base dei dati pubblicati - possono anch'esse probabilmente essere stimate attorno a circa l'1%.

Nella stima precedentemente presentata non sono state considerate le conseguenze della medicina difensiva.

Ad oggi non vi sono in Italia valutazioni dettagliate di quanti TC possano essere attribuiti alle preoccupazioni relative al contenzioso medico legale. Tuttavia è ben noto come la frequenza di TC sia in relazione alla frequenza di contenzioso medico legale ed alle modalità assicurative presenti nei vari stati (Chung SH et al. Changes in the cesarean section rate in Korea (1982-2012) and a review of the associated factors. *J Korean Med Sci.* 2014 Oct;29(10):1341-52), Inoltre alcune indagini hanno mostrato come elevati livelli di premi assicurativi (un indicatore indiretto del rischio di contenzioso medico legale) siano associati ad un maggior rischio di Tc di circa il 20% (Zwecker P et al Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice. *Am J Perinatol.* 2011 Apr;28(4):277-84)

Questo punto è assolutamente fondamentale e già di per sé può essere considerato un rilevante motivo degli alti tassi di Tc presenti in Italia ed in generale nelle nazioni caratterizzate da un elevato contenzioso medico legale ed un coinvolgimento diretto del medico sia dal punto di vista penale sia civilistico.

CONCLUSIONE

Le osservazioni prima elencate suggeriscono come nei documenti di programmazione sanitaria il tasso di taglio cesareo ideale deve essere sempre contestualizzato allo specifico della situazione italiana. Il ripetere un tasso ideale mutuato da considerazioni del WHO che si riferiscono alla popolazione mondiale e riproposte senza una precisa valutazione epidemiologica può essere "misleading" ed inoltre causa di fraintendimenti in particolare con la stampa laica

IL PIANO NAZIONALE ESITI ha scelto di valutare i tagli cesarei primari. Tale modalità permette di non considerare il ruolo dei TC ripetuti, tuttavia non permette di valutare il fondamentale ruolo dell'età materna come determinante del rischio di ricorso al TC e la indicazione richiesta materna. Una considerazione simile può essere fatta anche per l'utilizzo della classificazione di Robson (Robson MS Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* Volume 15, Issue 1, February 2001, Pages 179-194). Sarebbe inoltre utile che il taglio cesareo su richiesta materna venga codificato separatamente al fine di considerarlo nella valutazione del tasso di tagli cesarei complessivi e per permettere un monitoraggio del fenomeno su base nazionale, regionale e di singola struttura;

Infine la più volte ribadita necessità di procedere celermente in tutte le regione ad una riorganizzazione in sicurezza di tutti i punti nascita deve essere una priorità;

Le considerazioni sul tasso di TC qui riportate fanno riferimento ad una media nazionale, che rispecchia le note differenze regionali e di macro area. Una stima riferita alle differenti aree geografiche può variare marcatamente (ad esempio la frequenza di donne precesarizzate può giustificare in alcune aree anche 10 punti percentuali di differenza tra un'area ed un'altra).

Obiettivo di tutti gli "stakeholders" è e sarà sempre l'umanizzazione del parto nella sicurezza evitando inutili procedure siano esse farmacologiche, assistenziali o chirurgiche.

Riteniamo quindi opportuno che alle considerazioni suesposte si aggiungano 2 punti fondamentali:

■ Sarebbe opportuno un chiarimento definitivo da parte ministeriale sulla classificazione dei centri di primo e secondo livello che non si può assolutamente limitare esclusivamente al numero dei parti/anno. Il primo motivo è che

la denatalità crescente richiede una modifica dei parametri adottati e il secondo motivo è che il numero dei nati va parametrato in rapporto al numero di posti letto dedicati alla ostetricia e al personale medico/ostetrico operante in un determinato punto nascita.

Infatti, il criterio del numero di parti derivava dalla considerazione che nei centri a maggiore numerosità di nascite esiste una maggiore expertise degli operatori ma questo criterio non può essere avulso dal parametro medici posti letto e quindi dal calcolo di quanti parti assiste ciascun operatore e quale è effettivamente la intensità di lavoro di un determinato punto nascita e la complessità affrontata. Quindi la classificazione del punto nascita di secondo livello deve rispondere ad altri criteri quali: la presenza della TIN, la presenza di chirurghi ginecologi oncologi, la presenza di radiologia interventistica, banca del sangue, Terapia intensiva e Rianimazione, risorse umane, risorse tecniche e consulenze specialistiche accessorie.

■ Per rendere effettivamente comparabili le percentuali di tagli cesarei primari bisognerebbe escludere dal calcolo tutti i casi in cui il taglio cesareo è indicato tassativamente.

Se infatti si è voluto assumere l'indicatore "TC primari" è perché sulla indicazione al cesareo per i tagli cesarei pregressi si è deciso considerare questi casi (cioè le pazienti con pregresse incisioni sull'utero) come necessari e quindi da escludere. Per lo stesso motivo bisogna escludere dal conteggio dei tagli cesarei primari anche le pazienti con presentazioni di podice, fronte e spalla non prima delle 39 settimane di gestazione, le condizioni di placenta previa major e placenta accreta, le condizioni in cui il peso stimato del feto sia superiore a 4,5 kg nelle donne diabetiche (non prima delle 38 settimane), la gravidanza gemellare monocoriale e monoamniotica a 32 settimane definite infezioni virali (lesioni primarie da HSV; HIV; coinfezione da HIV e HCV). Tutto ciò renderebbe più chiara e comparabile l'attività ostetrica, specie dei centri di riferimento in cui la concentrazione di casi a rischio o con patologie è più alta e consentirebbe ad un numero maggiore di punti nascita di rientrare come tasso di TC primari al di sotto del 23-27 %, come quanto richiesto dal Ministero.



La più volte ribadita necessità di procedere celermente in tutte le regione ad una riorganizzazione in sicurezza di tutti i punti nascita deve essere una priorità

IMMUNIZZAZIONE MATERNA

VACCINO CONTRO IL VRS



La nuova opportunità di prevenzione della malattia sinciziale respiratoria

In base al PNPV 2023-2025, la Circolare Ministero della Salute del 21 aprile 2023 e la Circolare Ministero Salute del 27 settembre 2023, nel corso della gravidanza sono raccomandate le seguenti vaccinazioni anti: Pertosse, Influenza stagionale e Covid 19. Auspichiamo che presto venga raccomandato anche il vaccino contro il virus sinciziale respiratorio



MAURIZIO SILVESTRI
Tesoriere nazionale Aogoi

LA VACCINAZIONE ANTIPERTOSSE, con vaccino trivalente che contiene anche quello antidifterite e antitetano, viene raccomandato in gravidanza per la prevenzione della pertosse neonatale responsabile di severe complicanze quali polmonite e/o encefalopatia ipossica. A quest'ultima complicanza può andare incontro il neonato durante il susseguirsi degli attacchi tussigeni tipici della malattia.

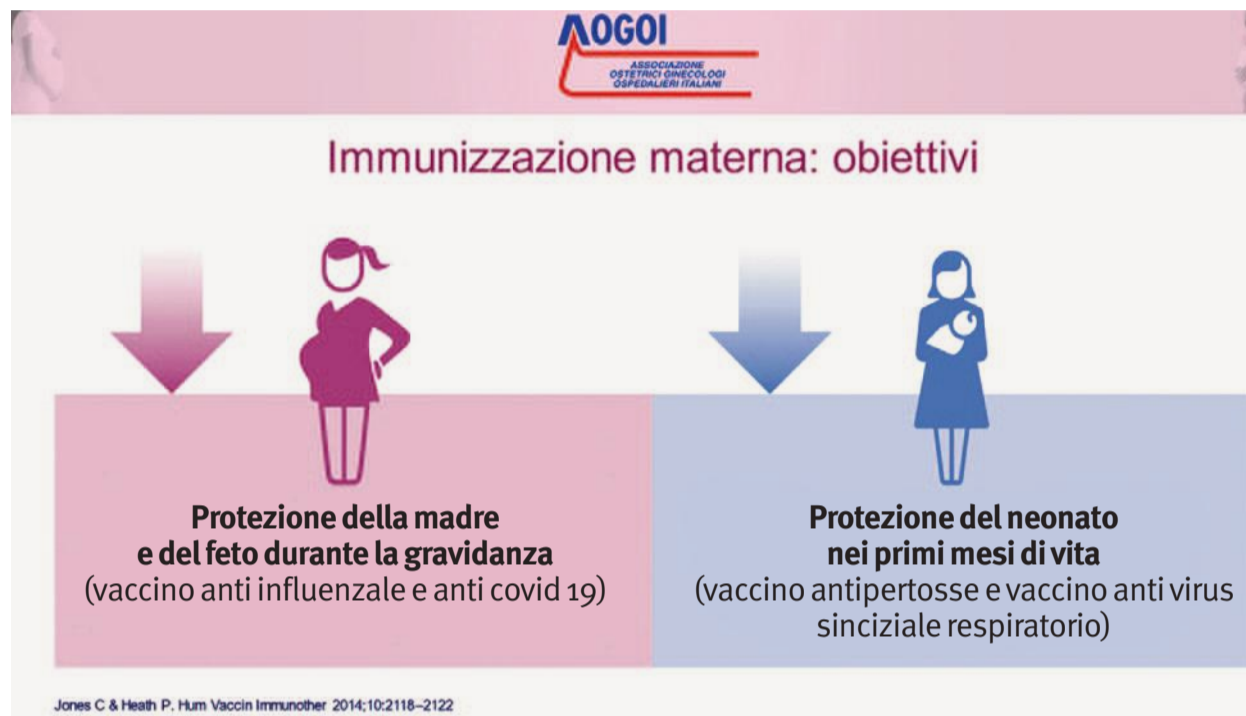
È elevata la possibilità del ricovero in terapia intensiva neonatale soprattutto durante il primo trimestre di vita. La prognosi a volte è infausta particolarmente nei prematuri.

Il periodo ottimale per la vaccinazione è tra la ventisettesima e la trentaseiesima settimana di gravidanza, idealmente verso la ventottesima settimana.

L'immunizzazione deve essere ripetuta ad ogni gravidanza anche se: la gestante ha in precedenza contratto la pertosse, se è già stata vaccinata ed se è stata vaccinata durante una recente gravidanza, anche se ravvicinata. Gli anticorpi specifici si riducono rapidamente e, anche se restano in quantità sufficienti a proteggere la madre, non saranno sufficienti a proteggere il neonato. La protezione passiva del nascituro si ottiene sol-

tanto con l'immunizzazione materna nel III trimestre. Solo così ci sarà nella gestante la quantità d'IgG necessaria che, passando la placenta, possa raggiungere il feto per poi proteggere passivamente il neonato.

LA VACCINAZIONE ANTI INFLUENZALE è raccomandata dal Ministero della Salute e raccomandata a tutte le gestanti durante la campagna vaccinale che va, di solito, da metà ottobre a fine dicembre. Secondo la citata Circolare Ministeriale avente per oggetto Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2023-2024, nell'elenco delle persone ad alto rischio di complicanze e di ricovero ospedaliero per cui la vaccinazione è raccomandata e offerta attivamente e gratuitamente, sono comprese la gestante e la puerpera. A seguito delle modifiche che si hanno nell'apparato cardio-polmonare e immunitario in gravidanza, la gravida che contrae l'influenza è a maggior rischio complicanze; soprattutto la polmonite. Il rischio di ricovero è 4 volte superiore ad una donna di pari età non in gravidanza. Anche l'outcome fetale è peggiore per un aumento, seppur lieve, delle morti in utero, dei parti pretermine e del ritardo di crescita intrauterino.



PER UN DECORSO SEVERO DELLA COVID 19 la gravidanza rappresenta fattore di rischio. Le gestanti devono essere considerate popolazione fragile. Se dovessero contrarre il virus avranno tassi più elevati di mortalità, d'infarto del miocardio, di tromboembolismo venoso, di preclampsia e di parto pretermine. La vaccinazione è lo strumento per proteggere gestanti e neonati. In base alla già citata Circolare Ministeriale avente per oggetto: Indicazioni e raccomandazioni per la campagna di vaccinazione autunnale/invernale 2023/2024 anti Covid-19, questa viene raccomandata in qualsiasi età gestazionale, specialmente se la gestante è a maggior rischio sviluppare malattia severa (donne con fattori di rischio come: età ≥ 30 anni, BMI >30 kg/m², comorbidità, cittadinanza di Paesi ad alta pressione migratoria). È presumibile che, al persistere della ridotta patogenicità del virus, vi sia una nuova circolare ministeriale che detterà altre normative al riguardo.

Dallo scorso mese di marzo abbiamo a disposizione per l'immunizzazione materna **IL VACCINO CONTRO IL VIRUS SINCIZIALE RESPIRATORIO (VRS)**, un virus a RNA che infetta l'apparato respiratorio.

Nella maggioranza dei casi l'infezione si presenta con tosse e raffreddore mentre, nelle forme più gravi, causa la bronchiolite, un'infezione acuta che determina la parziale occlusione dei piccoli bronchi e può complicarsi con insufficienza respiratoria. Il VRS è responsabile del 60-80% dei casi di bronchiolite nei neonati. Può complicarsi con la forma grave di malattia soprattutto nei neonati e bambini di età inferiore ai due anni. In Italia si stima che oltre 80mila bambini nel primo anno di vita vengano visitati in ambulatorio per cause legate all'infezione da VRS; circa 15mila di essi necessitano dell'ospedalizzazione e circa 3mi-

la di ricovero in terapia intensiva. La stagione epidemica va da novembre a marzo, registrando il suo picco tra dicembre-febbraio per concludersi tra marzo-aprile. Complessivamente la durata è di circa cinque mesi. Il picco di ospedalizzazione è all'età di 2-3 mesi e talvolta è necessario il trasferimento in terapia intensiva neonatale o pediatrica. Un terzo dei bambini che hanno sofferto di bronchiolite, in particolare se hanno necessitato di ricovero, presentano episodi ricorrenti di broncospasmo fino all'età scolare e in alcuni casi sviluppano l'asma. Anche se esistono fattori di rischio per lo sviluppo della bronchiolite da VRS, circa il 90% delle ospedalizzazioni riguarda bambini nati sani e a termine del periodo gestazionale.

Le infezioni da VRS sono associate ad elevati costi di ospedalizzazione: è stato stimato che il ricovero per bronchiolite da RSV abbia un costo medio per paziente più elevato rispetto al ricovero per bronchiolite da eziologia diversa dal VRS. L'organizzazione mondiale della sanità considera la prevenzione dell'infezione da VRS una priorità di sanità pubblica mondiale.

La prevenzione dell'infezione oltre all'uso delle mascherine, il lavaggio delle mani e il distanziamento sociale (strategie preventive sono di difficile implementazione ed hanno importanti impatti nella relazione madre-figlio), si avvale degli anticorpi monoclonali riservati solo a una percentuale minima di lattanti che presentano condizioni di aumentato rischio.

Nell'agosto 2023 Ema ha approvato un vaccino (Abrysvo) nelle donne durante la gravidanza per la protezione contro le malattie del tratto respiratorio inferiore causata dal VRS. L'immunizzazione protegge i loro neonati/bambini dalla nascita fino alla età di 6 mesi. Esso va somministrato in dose singola di 0,5 mL per via iniettiva tra le

“
Il vaccino fornisce protezione contro la grave malattia da VRS nel neonato/bambino della ricevente fino a sei mesi dopo la nascita. La maggior parte dei neonati, la cui madre è stata vaccinata in gravidanza, non necessiteranno della somministrazione di anticorpi monoclonali

settimane 24 e 36 di gestazione. Entro 180 giorni dalla nascita, rispetto al placebo, Abrysvo ha ridotto il rischio di infezione del tratto respiratorio inferiore del 57,3% e del 76,5% di infezione grave. Le associazioni ostetriche/ginecologiche, pediatriche/neonatalogiche italiane maggiormente rappresentative e la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica raccomandano la somministrazione di una dose singola di del vaccino per VRS (Abrysvo) alle donne gravide tra la 24a e la 36a settimana di gestazione per prevenire la malattia del tratto respiratorio inferiore dovuta al VRS.

IL VACCINO FORNISCE protezione contro la grave malattia da VRS nel neonato/bambino della ricevente fino a sei mesi dopo la nascita. La maggior parte dei neonati, la cui madre è stata vaccinata in gravidanza, non necessiteranno della somministrazione di anticorpi monoclonali. La protezione fornita diminuisce nel tempo. Per favorire la massima copertura vaccinale sarebbe auspicabile che la somministrazione del vaccino alle donne in gravidanza avvenisse in concomitanza con gli altri vaccini raccomandati, come quelli contro tetano, difterite e pertosse (Tdap), influenza e Covid-19. La Società Italiana di Pediatria suggerisce un intervallo minimo di due settimane tra la somministrazione di Abrysvo e vaccino difterite, tetano e pertosse acellulare (dTap).

MUTILAZIONI

Le mutilazioni/tagli (FGM/C) ai genitali femminili consistono nella rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili od in altre lesioni agli organi genitali effettuate per ragione non-mediche e che non apportano alcun beneficio alla donna

Il ginecologo e le mutilazioni/tagli ai genitali femminili



FRANCO PEPE
Specialista in ostetricia e ginecologia e genetica medica, Catania

È UNA GRAVE VIOLAZIONE dei diritti della donna ed una discriminazione in base al sesso poiché lede il diritto all'integrità fisica, al mantenimento dello standard migliore di salute e la libertà dalla violenza, dalla tortura, dalla crudeltà e dai trattamenti inumani o degradanti. Sono diffuse in 30 paesi africani, soprattutto Africa sub-sahariana, Egitto, Sudan ed in alcuni dell'Asia e del Medio Oriente quali Iran, Iraq, Arabia Saudita, Giordania, Oman, territori occupati di Gaza ed in Asia in India, Malesia ed Indonesia ed in parte del Sud America. Nei singoli paesi variano l'incidenza e la prevalenza così come l'età nella quale sono praticate, solitamente tra i 4 ed i 10 anni. Si stima che in Italia vivano circa 60-80mila ragazze e donne straniere con FGM/C di età compresa tra 15 e 49 anni.

Sono distinte in quattro tipi. Il tipo I consiste nella rimozione parziale o totale del glande clitorideo e/o del prepuzio. Il tipo II nella rimozione parziale e/o totale del glande clitorideo e delle piccole labbra con o senza asportazione delle grandi labbra. Il tipo III od infibulazione ottiene il restringimento dell'apertura vaginale mediante la creazione di un ponte di tessuto coprente in seguito alla cucitura ed apposizione di piccole e/o grandi labbra con o senza asportazione del glande clitorideo o del prepuzio con fuoriuscita di urina, secrezioni vaginali e sangue mestruale solitamente da un unico orificio posteriore. Il tipo IV include qualsiasi altra procedura causa di danno ai genitali femminili non sostenuti da indicazione medica quali la puntura del clitoride, piercing, incisioni, abrasioni, cauterizzazioni od ustioni dell'area genitale, introduzione di sostanza corrosive in vagina al fine di ridurne il calibro; va tuttavia rilevato che in molti paesi alcune di queste pratiche quali il piercing sono legali. I tipi I e II

comprendono l'80% delle FGM/C ed il tipo III il 10% rappresentando quest'ultima la forma più grave.

CIRCA 230 MILIONI DI RAGAZZE/DONNE nel mondo sono state sottoposte a FGM/C ed ogni anno almeno 3 milioni di ragazze, particolarmente sub-Sahariane, Egiziane, Sudanesi sono a rischio di essere sottoposte a FGM/C. In Europa, Australia, Nord America la pratica è emersa in seguito ai fenomeni di migrazione, dei viaggi di singole donne per attività commerciali o per motivi di salute o studio ponendo quesiti in ordine alla liceità, prevenzione e benessere psico-fisico, benessere ginecologico ed ostetrico delle donne così trattate. E' una problematica spesso presente nelle ragazze/donne richiedenti asilo. La pratica è illegale in più di 28 paesi africani, ma continua ad essere praticata illegalmente, dietro compenso economico da alcuni medici ed ostetriche sempre su richiesta della donna/famiglia; in altri è medicalizzata e fonte di guadagno per gli operatori sanitari. In Egitto, ad esempio, l'80% delle procedure è effettuato da sanitari e la frequenza è alta anche nel medio Oriente e in parti dell'Asia. Sono necessari una maggiore consapevolezza delle FGM/C nei mass media e negli operatori sanitari così come un'articolata strategia volta alla prevenzione nelle ragazze a rischio provenienti dai paesi a rischio, poiché non eccezionalmente durante la vacanza scolastica estiva (cosiddetta *summer holiday*) le madri possono condurre le figlie nel paese di origine per perpetuare la pratica della mutilazione. Gli operatori sanitari necessitano di conoscenze, consapevolezza e competenze nel prendersi cura del benessere psicologico, sessuale, riproduttivo e mentale della donna che ha subito FGM/C. Significativo uno studio nel quale

solo il 7,3% degli operatori sanitari attivi in 4 CARA italiani ha dichiarato di conoscere le mutilazioni genitali, il 4,9% di non conoscerle completamente ed il 70,7% di non avere mai incontrato od assistito donne con FGM/C, nonostante tutti avessero lavorato con donne provenienti da paesi nelle quali erano prevalenti le FGM/C.

CASO CLINICO

DONNA DI 28 ANNI proveniente dalla Somalia con partner di 58 anni. Chiede consulenza per gravidanza iniziale insorta spontaneamente, specificando che i rapporti sessuali sono "molto difficili" e dolorosi. La donna, supportata dal partner con il quale sembra mostrare una buona relazione, dichiara che è stata sottoposta ad un "intervento" sui genitali nel paese di origine, del quale non riferisce altri particolari. Desiderano discutere le possibili complicanze della lesione ai genitali in relazione alla gravidanza in atto ed al parto e, se sia possibile, ripristinare l'integrità anatomica dei genitali ai fini di un normale rapporto sessuale. La donna gode di buona salute con esami ematochimici generali nella norma. Gli



esami infettivologici di routine sono negativi, ma è HIV positiva con bassa carica virale in trattamento con farmaci antiretrovirali da due anni. Non sa specificare come si sia infettata, non ha subito interventi chirurgici in ospedale e l'unica "pratica cruenta" che ricorda -come riferito- è stata quella sui genitali, né ha avuto rapporti se non con il compagno HIV negativo. Ha un normale sviluppo corporeo e mammario ed alterazione a carico dei genitali esterni per la presenza di ponte di tessuto, morbido al tatto, che unisce ampiamente le labbra lasciando un unico piccolo orifizio nella parte posteriore della vulva per la fuoriuscita dell'urina, del sangue mestruale e di eventuali secrezioni (FIGURA 1). È possibile inserire il dito in vagina che appare soffice con collo uterino normale al tatto. È stata discussa la presenza di una mutilazione genitale compatibile con l'infibulazione e la possibilità della deinfibulazione in anestesia locale sia nel corso della gravidanza, preferibilmente nel secondo trimestre, sia durante o dopo il parto evidenziando i pro ed i contro di ogni singola scelta: la sofficità del ponte tissutale avrebbe favorito il trattamento chirurgico. La donna ha espresso perplessità circa la deinfibulazione in corso di gravidanza o durante il parto e si è regolarmente sottoposta ai controlli. È stata sottoposta a taglio cesareo per presentazione podalica con nascita di un nato di 3500 gr con I.A. 10 a 1 e 5 minuti. Il puerperio è stato regolare. La donna è stata deinfibulata in anestesia loco-regionale tre mesi dopo il parto, con ottimale ricostruzione estetica e funzionale dei genitali esterni. Si è proceduto alla sezione del ponte tissutale soffice ed identificate grandi e piccole labbra, un regolare introito vaginale con imene ed un normale orifizio uretrale. Il clitoride, liberato durante l'incisione della parte apicale del ponte tissutale, sembrava apparentemente integro. A distanza di quattro anni la madre gode buona salute, con normali soddisfacenti rapporti sessuali della donna che riesce ad avere l'orgasmo. La carica virale materna del virus HIV continua ad essere bassa. Il neonato è in buona salute ed HIV negativo. Nel percorso di cura la coppia ha sempre rifiutato la consulenza psicologica. Il caso, pur nella semplicità di risoluzione chirurgica, risulta interessante per la rarità della patologia nella nostra esperienza, la non eccezionale associazione tra infibulazione ed infezione

da HIV (l'infibulazione si associa a maggior rischio di infezione da HIV) come riportato in letteratura e la deinfibulazione effettuata a distanza dal parto. In altri casi con grave distorsione dell'anatomia locale e soprattutto con lesioni agli organi circostanti quali fistole il trattamento può essere molto più complesso e richiedere una équipe pluridisciplinare con elevato livello di competenze tecniche. A tal fine sono sorti anche centri dedicati.

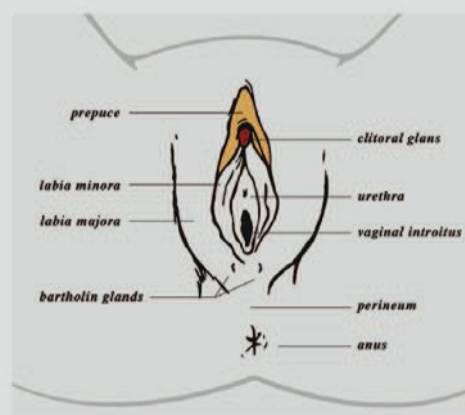
DISCUSSIONE

LA PRATICA DELLE FGM/C riconosce cause molteplici di natura culturale in società caratterizzate da predominio patriarcale maschilista sulla donna "oggetto posseduto" dall'uomo o dalla famiglia, alla quale non è riconosciuto il diritto all'autodeterminazione e nello specifico al godimento sessuale ed alla libera procreazione. La pratica ha antichissime origini, evidenziata anche nelle mummie egiziane e, sebbene condivisa da alcuni gruppi religiosi, non è contemplata né nel corano né nella bibbia e praticata sia da musulmani e più di rado da gruppi di cattolici. Può rappresentare una sorta di rito di passaggio che purifica la ragazza con la rimozione del clitoride e delle labbra considerate "impure" o "non pulite", un modo di accrescere il piacere dell'uomo durante il rapporto e l'accettazione della pratica esprimerebbe l'ansia delle madri di crescere figlie *socialmente desiderabili* (in alcune realtà può rivestire il ruolo di seconda o terza, ma non di prima moglie o non è "maritabile"). Mirerebbe al mantenimento dell'identità ed al senso di appartenenza del gruppo/etnia, all'onorabilità della famiglia, alla preservazione della verginità e della fedeltà coniugale e quindi della nascita di figli illegittimi poiché i rapporti sessuali diventano dolorosi od impossibili ed il piacere sessuale femminile è abolito a seguito delle lesioni ai genitali. In alcuni contesti la donna deinfibulata al parto viene successivamente reinfibulata e non di rado la richiesta proviene dalla donna stessa per sentirsi accettata nel gruppo.

Le conseguenze delle mutilazioni genitali possono essere devastanti a breve, medio e lungo termine sia dal punto di vista psicologico che fisico

TYPE I

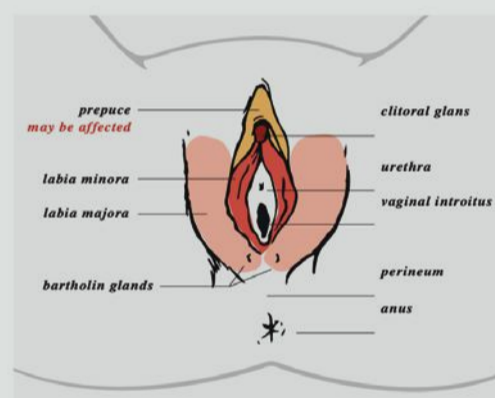
Partial or total removal of the clitoral glans (clitoridectomy) and/or the prepuce



- Type Ia: removal of the prepuce/clitoral hood (circumcision)
- ■ Type Ib: removal of the clitoral glans with the prepuce (clitoridectomy)

TYPE II

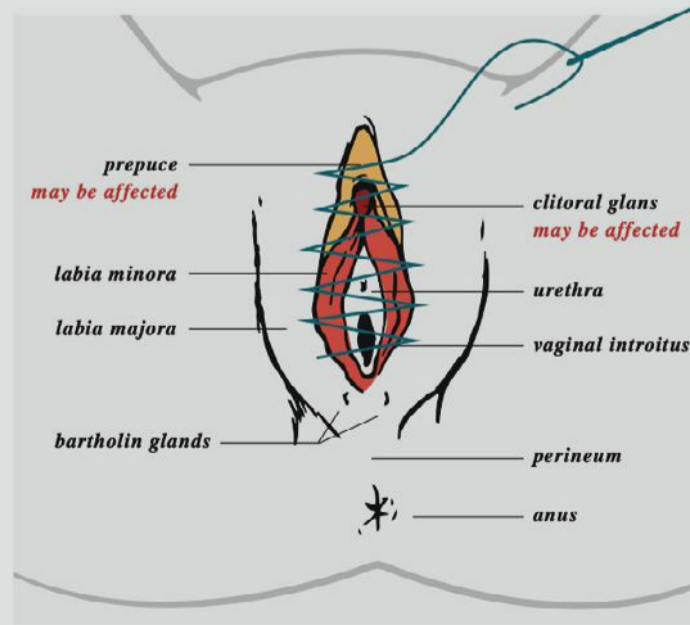
Partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora, with or without excision of the labia majora (excision)



- Type IIa: removal of the labia minora only
- ■ Type IIb: partial or total removal of the clitoral glans and the labia minora (prepuce may be affected)
- ■ ■ Type IIc: partial or total removal of the clitoral glans, the labia minora and the labia majora (prepuce may be affected)

TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)

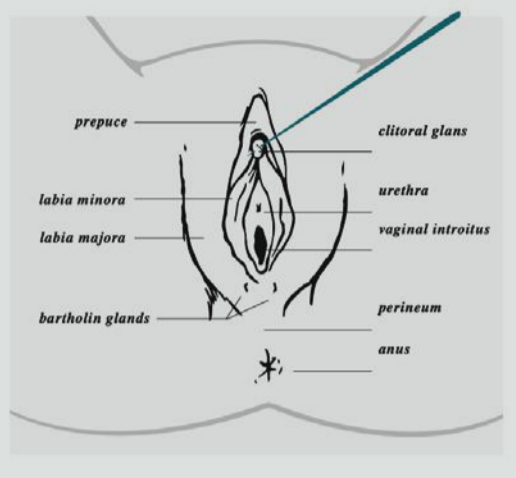


- ■ ■ Type IIIa: ■ ■ ■ + appositioning of the labia minora

MUTILAZIONI

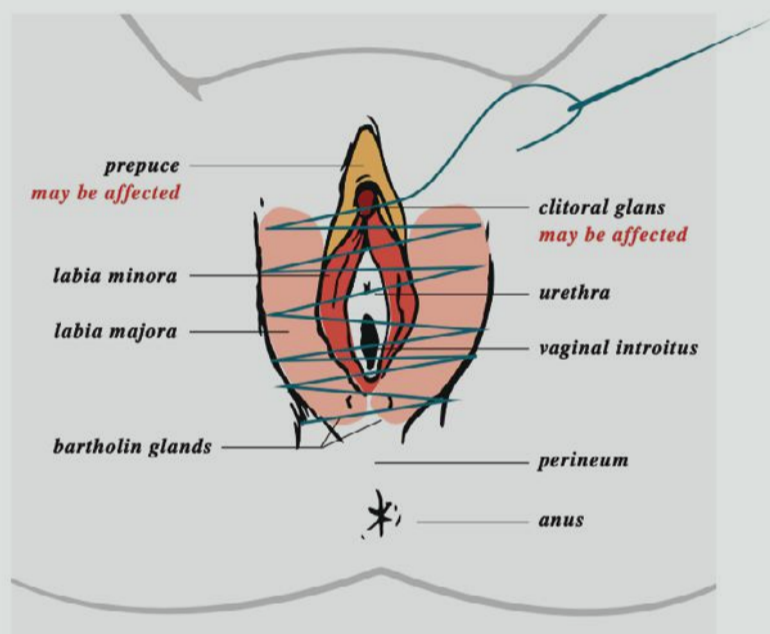
TYPE IV

All other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, for example pricking, piercing, incising, scraping and cauterization



TYPE III

Narrowing of the vaginal opening with the creation of a covering seal by cutting and appositioning the labia minora or labia majora with or without excision of the clitoral prepuce and glans (infibulation)



Type IIIb: + + + + appositioning of the labia majora

in special modo nel tipo 3 od infibulazione, nella quale il rischio di complicanze è doppio a confronto con il tipo II. Sono inoltre aggravate dalle modalità di esecuzione che nei paesi di origine può avvenire in contesti non medicalizzati ad opera di persone non competenti, con mezzi rudimentali (forbici, rasoio e spezzoni di vetri taglienti, “fili” di sutura improvvisati, etc) ed in condizioni igieniche precarie od assenti. Hanno effetti rilevanti sulla qualità e durata della vita e sono causa di 44.320 decessi per anno nei paesi ove praticate, rappresentando in quei paesi una delle più importanti cause di morte.

LE FGM/C INDUCONO modificazioni cognitive sulla percezione della propria identità corporea e sessuale, ledono l'autostima ed il benessere della donna sino di rado all'ideazione suicidaria. I sintomi e le complicanze ginecologiche dipendono dal tipo di mutilazione e sono maggiori nel tipo 3 ove il benessere e la vita sessuale sono stravolti per rapporti sessuali dolorosi od impossibili e potenziale causa di sanguinamenti ed ulteriori lacerazioni con il coito e durante il parto. Descritti dismenorrea, ematocolpo, infezioni genitali favorite dalla fuoriuscita di urina e sangue mestruale da un unico orifizio, disturbi della minzione e calcolosi urinaria. Non vi è solitamente infertilità (descritti comunque aborti), ma complicanze al parto, di solito nei paesi di origine è possibile dopo *sezione* del ponte tissutale nel tipo III, che possono essere gravi con emorragie, estese lacerazioni e comparsa di fistole.

RUOLO DEL GINECOLOGO

VI È NELLA CLASSE MEDICA europea ed italiana scarsa conoscenza e competenza sulle tematiche inerenti le FGM/C, poiché ritenute rare e non inserite nel curriculum universitario. I medici possono non discutere dell'argomento con le donne a rischio poiché avvertono disagio, disgusto, orrore o per paura di offendere o stigmatizzare la donna non possedendo gli strumenti culturali per condurre il colloquio in maniera appropriata. Il medico può ritenere che la donna esponga spontaneamente di essere stata sottoposta a mutilazione, ma alcune non sanno di essere state sottoposte in giovane età a FGM/C che in alcune comunità sono considerate un argomento per “donne” non oggetto di discussione. Molte, infine, non collegano le conseguenze della procedura alla stessa procedura soprattutto nelle forme meno gravi. Attenzione va posta alle richiedenti asilo nelle quali l'esperienza del viaggio che le ha condotto ad approdare in Italia comprende fatica, dolore, abbandono della casa, rapimento, schiavitù sessuale, prostituzione, violenza fisica, gravidanza dopo violenza, aborto, etc.

ASPETTO RILEVANTE è la comunicazione poiché la narrazione sulle FGM/C nei paesi occidentali deve tenere a mente che molte donne sottoposte alla pratica non si considerano “mutilate”, ritengono questo termine lesivo della propria dignità poiché il modello narrativo predominante occidentale contribuisce ad accrescere vergogna, biasimo ed umiliazione nelle donne così trattate, non tenendo alcun conto di singole storie, vissuti e contesti socioculturali. Non desiderano essere comprese nello stereotipo culturale occidentale di “vittima sessualmente mutilata”. Ogni donna

difatti proviene da differenti paesi con differenti contesti socio-economico-politici e diversità culturali e linguistiche.

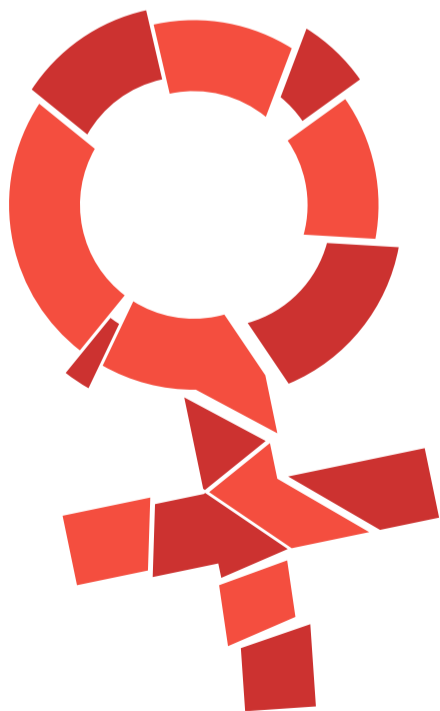
Temi legati alla competenza del ginecologo comprendono la capacità di un accurato esame obiettivo dei genitali (non sempre agevole la diagnosi di lesioni minime o parziali, soprattutto clitoridee), la risoluzione di sintomi e patologie in relazione alla severità della lesione (spesse cicatrici e distorsioni anatomiche, fistole, ostruzione al flusso, etc) ed al momento ricostruttivo, il timing della deinfibulazione, l'assistenza alla gravida con cicatrici o sottoposta ad infibulazione (timing delle deinfibulazione in gravidanza o durante o parto, tipo di anestesia nella deinfibulazione, partoanalgesia nel travaglio, scelta dell'episiotomia, indicazione al taglio cesareo (preferibilmente ostetrica), rischio di emorragie nel postpartum, etc.

Il ginecologo ha un ruolo determinate nella prevenzione primaria quando contribuisce a pianificare interventi mirati alla prevenzione delle mutilazioni nei soggetti residenti nelle comunità a rischio, secondaria quando previene la reinfibulazione dopo il parto e terziaria quando tratta le lesioni determinate dalla mutilazione. La legge italiana 7 del 2006 non solo punisce chi pratica la procedura, ma è di rilievo che nel testo non venga posto alcun riferimento al consenso della donna espresso all'operatore sanitario nella valutazione della pena per chi ha praticato la FGM/C. La legge prevede altresì campagne informative, training degli operatori sanitari e sociali, istituzione di un numero telefonico gratuito, programmi di cooperazione internazionale e responsabilizzazione delle istituzioni nelle quali il crimine è effettuato.

NEL CONTESTO PLURIDISCIPLINARE e sociale è rilevante utilizzare le relazioni con le persone con FGM/C per educare le famiglie, coinvolgere opinion leader, anche religiosi, dei gruppi a rischio, disegnare studi ad hoc per comprendere il ruolo delle donne in famiglia e società, includere il partner maschile nel percorso di prevenzione (poiché la conoscenza delle conseguenze delle FGM/C sulla salute della donna, può spingerli a svolgere un ruolo nella prevenzione), favorire le relazioni con i servizi di supporto (psicologi, assistenti sociali, altri specialisti), centri antiviolenza quando necessario, istituzioni di altro tipo. e particolare attenzione va posta alla “holiday cutting”.

RISPETTARE LA PRIVACY, la confidenzialità, la vulnerabilità della donna favorendo l'autoconsapevolezza e l'autostima sono obiettivi prioritari. Va tenuto a mente l'allarme nelle comunità chiuse per avere rivelato esperienze traumatiche con possibili ripercussioni sui membri della famiglia e della comunità, il rischio di accrescere le tensioni per l'esposizione in una comunità di attitudini e credenze diverse ed il rischio potenziale di non riuscire ad offrire risposta alle aspettative per migliorare la qualità di vita. Il personale medico, soprattutto ostetrico e personale di sala parto, ma anche pediatri e medici di medicina generale hanno un ruolo determinante se adeguatamente formati e se l'accesso è facilitato ad ambulatori con personale dedicato per migliorare la competenza culturale nelle donne che vivono con le mutilazioni. Va infine sottolineato che la mancata collaborazione tra cura prenatale ed assistenza al parto può ridurre l'efficacia della prevenzione e la presa in carico della donna ed ancora una volta il ginecologo assume un ruolo centrale.

Bibliografia su richiesta





FORMAZIONE

Expertise della sala parto

L'Aogoi e la Fondazione Confalonieri Ragonese, facendo proprie le disposizioni della Legge n°24 del 08/03/2017 "disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", hanno ritenuto di mettere in pratica un percorso formativo, per gli specialisti in ostetricia e ginecologia, che ambiscono alla "leadership" organizzativa e clinica della sala parto



RICCARDO MORGERA
Ginecologo
Direttore Sanitario
Responsabile Casa di Cura
"Ospedale Internazionale"
Napoli
Consulente Scientifico
Ufficio Legale Associazione
Ostetrici Ginecologi
Ospedalieri Italiani

LA SALA PARTO è un luogo dove diverse figure professionali sono impegnate a costituire un "team" coeso ed efficiente che deve accompagnare i due principali attori (feto che deve nascere – madre) nel percorso della nascita. La fisiologia può, però, rapidamente evolvere in patologia ed una situazione di normalità può divenire un'emergenza ed è proprio di fronte alle criticità che spesso gli operatori incontrano le difficoltà maggiori, sia dal punto di vista decisionale che comunicativo. È di fondamentale importanza, in tema di responsabilità professionale, distinguere una condizione di "maloccurrence", intesa come un "outcome" negativo di una procedura ma non correlata alle qualità delle cure effettuate, in quanto espressione dei rischi di una procedura non prevedibili, dalla "malpractice" dovuta alla negligenza.

L'"Expertise" di sala parto deve essere quella figura professionale con un'elevata esperienza e conoscenza nella clinica ostetrica che lo rende abile all'applicazione gestionale e procedurale degli "standards of care" in sala parto. Il suo scopo è gestire e controllare il rischio clinico, relativamente a tutte le possibili complicanze ostetriche che possono verificarsi in sala parto o nelle fasi immediatamente precedenti/successive al par-

to. Contestualmente, questa figura professionale deve implementare un sistema che assicuri l'applicazione dei protocolli clinici e delle raccomandazioni emanate dalle Società Scientifiche e periodicamente provvedere all'implementazione e diffusione delle nuove "routine" assistenziali.

UN'INTERESSANTE PUBBLICAZIONE scientifica ha valutato l'efficacia di un programma di "training" per "leadership", con simulazioni che vedevano coinvolti personale clinico e non clinico, attraverso scenari clinici ed ognuno dei partecipanti doveva prepararsi sulla modalità di gestione della situazione emergenziale; tale "training" si è dimostrato di fondamentale importanza per la figura del "leadership" nel "team-work" (Cooper JB.: Design and evaluation of simulation scenarios for a program introducing patient safety teamwork safety leadership and simulation to healthcare leaders; Simul. Health., 2011).

IL CORSO AVANZATO di Formazione per "expertise" in sala parto riguarda 4 grandi aspetti rappresentati da: 1) argomenti di base (sicurezza dei pazienti – epidemiologia – complessità dei processi di cura - comunicazione e lavoro in team – apprendimento dai fallimenti), 2) metodi e tecni-

che per la sicurezza delle cure, 3) prevenzione dei rischi in sala parto e controllo e gestione delle complicanze ed eventi avversi e 4) medicina legale ed organizzazione della sicurezza.

Un punto fondamentale di questa Scuola di Perfezionamento è il raggiungimento di un unico linguaggio ed azione dei medici di sala parto, che devono essere rispettosi delle regole da seguire e devono mettere in pratica tutti i comportamenti utili alla gestione dei casi.

Gli esperti concordano sul fatto che una comunicazione errata o incompleta, con le pazienti, potrebbe creare le basi per le possibili azioni legali in caso di errori. Un idoneo approccio comunicativo rappresenta il primo passo per instaurare una relazione di collaborazione ed empatia tra il medico e la paziente; la comunicazione efficace deve essere essenziale, comprensibile e deve utilizzare un linguaggio appropriato specifico per le circostanze del caso. Inoltre, per gestire in modo adeguato pazienti e familiari è essenziale sapere adattare il nostro linguaggio, prendendo in considerazione anche le variabili complesse della provenienza geopolitica, religiosa e culturale.

La discussione di uno scenario clinico "debriefing", immediatamente dopo l'evento riveste un ruolo di fondamentale importanza per l'apprendimento dell'intero "team" ed è fondamentale il ruolo comunicativo che il "leadership" deve avere nelle situazioni di crisi, motivo per il quale l'abilità ed il continuo "training" nella comunicazione si è dimostrato essere di fondamentale importanza nel migliorare la sicurezza delle cure delle pazienti, nelle situazioni di emergenza ostetrica (Huner B.: Reducing preventable adverse events in obstetrics by improving interprofessional com-

FORMAZIONE



munication skills; BMC Preg. Childbirth, 2023). È di estrema importanza quando si fa una scelta operativa, motivare tale azione e quali sono le conseguenze attese. Non è la fretta che deve guidare le decisioni cliniche ed i comportamenti relazionali ma la corretta comprensione della fisiologia e della patologia. Questo concetto è di fondamentale importanza, ad esempio, nell'interpretazione della Cardiotocografia (CTG), in quanto l'analisi basata sulla fisiologia mira a comprendere la fisiopatologia, che sta alla base delle caratteristiche osservate sul tracciato CTG, con l'obiettivo di mettere in atto un intervento tempestivo ed appropriato in caso di evidenza di scompenso fetale. Per contro, aiuta ad evitare interventi non necessari quando sono evidenti sul tracciato CTG segnali di compenso fetali di fronte ad uno "stress" meccanico o ipossico. Intervenire non sempre significa un parto operativo immediato o un cesareo di emergenza ma, al contrario, l'intervento deve essere sempre finalizzato a migliorare l'ambiente intra-uterino, per quanto possibile, in quanto tranne nei casi di eventi acuti "intrapartum", in cui è giustificato un parto immediato; pertanto, la distinzione tra una risposta fetale compensatoria e lo scompenso fetale è essenziale per la gestione del travaglio. La sicurezza delle cure deve prevedere una rapida risposta del "team" che configura un processo a più "step", sia clinico, sia da parte dello "staff" di supporto (banca del sangue - laboratorio analisi) ed un protocollo che designa il ruolo che ogni membro del "team" deve avere deve essere continuamente implementato e valutato mediante un continuo "training" (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion - Preparing for Clinical Emergencies in Obstetrics and Gynecology, 2014).

IL RISCHIO CLINICO in gravidanza può essere dipendente dalla gestante, come pure dall'azione di un individuo (medico) o dall'intero "team". Il rischio clinico potrebbe anche dipendere da fattori interdipendenti, come ad esempio in caso di organizzazione scadente e/o in presenza di risorse economiche inadeguate. Da un punto di vista clinico l'evoluzione dei fattori di rischio è complicata, in quanto possono essere presenti delle variabili confondenti; ad esempio, l'età materna



La sicurezza delle cure deve prevedere una rapida risposta del "team" che configura un processo a più "step", sia clinico, sia da parte dello "staff" di supporto (banca del sangue - laboratorio analisi) ed un protocollo che designa il ruolo che ogni membro del "team" deve avere

avanzata può associarsi ad un aumentato rischio di obesità e di diabete di tipo 2, parto pretermine, basso peso e complicanze al momento del parto. La stratificazione del rischio in ostetricia è, inoltre, complessa anche a causa della duplice gestione, materna e fetale, così come è dipendente dal "setting" assistenziale nella quale viene erogata (Ireland National Maternity Strategy Report National Clinical Guideline - Stratification of Clinical risk in Pregnancy, 2020). In sanità il sistema di sicurezza dei pazienti si sviluppa attraverso lo studio di diverse fasi per l'identificazione delle strategie di supporto, necessarie affinché non si ripetano circostanze che possano portare agli errori. Di fatti, la cultura del "risk management" deve partire dalla considerazione che gli errori non sono eliminabili ma devono essere opportunamente analizzati, in modo da implementare tutte le strategie volte ad evitare una loro ripetizione. A riguardo delle cure della donna e del neonato, il "management" del rischio deve iniziare nella fase pre-concezionale e continuare durante tutta la gravidanza, fino al parto. Il momento del parto rimane, comunque, la fase maggiormente critica e le emergenze ostetriche come l'Emorragia del Post Partum, la pre-eclampsia, la sepsi, il tromboembolismo, le procedure anestesiologiche, sono tra alcuni degli aspetti clinici che necessitano di un attento monitoraggio, in modo da prevenire la mortalità materna e le severe complicanze. Durante il parto, il prolasso di cordone, la rottura d'utero, l'inversione uterina, la distocia di spalle sono tra le emergenze ostetriche che richiedono immediato ed adeguato trattamento che non solo richiede degli specifici protocolli ma anche un supporto organizzativo-gestionale, ruttinariamente monitorato (Ragusa A.: Obstetric Safety Patient - Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management, 2020).

UN RECENTE STUDIO SCIENTIFICO ha preso in analisi 33.720 parti di gravidanze singole, nel secondo stadio del travaglio valutando diversi fattori intrapartali (induzione del travaglio - implementazione delle contrazioni con ossitocina - lunghezza del travaglio - prolungata rottura delle membrane - liquido tinto di meconio - epoca gestazionale) e si è riscontrata una severa morbidità materna in 498 casi (1.5%); si è evidenziato come una attenta valutazione del rischio, all'inizio del secondo stadio, attraverso un "Expanded Obstetric Comorbidity Score" possa migliorare la possibilità di prevedere una severa morbidità materna (Clapp MA.: The value of Intrapartum Factors in predicting Maternal Morbidity; Am. J. Obstet. Gynecol., 2021).

UN ULTIMO ASPETTO da considerare, riguarda la capacità di attuare un'immediata analisi medico-legale su un evento avverso verificatosi. Il ragionamento medico-legale porta ad intraprendere delle azioni tecniche fondamentali ed irripetibili che devono comprendere la dettagliata descrizione degli eventi in cartella clinica, con le azioni intraprese per contrastare la situazione emergenziale, i tempi di chiamata dell'intero "team-worker" assistenziale (laboratorio analisi - banca del sangue - neonatologi - anestesisti) ed in tutte le condizioni di morbidità/mortalità materno-fetale, provvedere ad inviare la placenta per esame isto-patologico e richiedere l'autopsia nei casi di mortalità materno-fetale. In questi casi l'intero "team" deve essere coeso e parlare un unico linguaggio ed il "leader" della sala parto è colui che deve sapere come relazionarsi e comunicare con la paziente ed i familiari.

ONLINE DAL 31 GENNAIO 2024 AL 31 DICEMBRE 2024

TERAPIA MEDICA DELL'ABORTO SPONTANEO E VOLONTARIO: FARMACI E PERCORSI

Evento n. 2223-401802



ISCRIVITI
SUBITO
ecm.aogoi.it

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Elsa Viora | Silvia von Wunster | Alessandra Meloni

RESPONSABILE DELLA FORMAZIONE ECM AOGOI

Carlo Maria Stigliano

RELATORI: Elsa Viora | Alessandra Meloni | Anna Uglietti |
Marina Toschi | Silvana Agatone | Daniela Fantini | Valeria Dubini |
Karin Louise Andersson | Bianca Masturzo | Silvia von Wunster

OBIETTIVO NAZIONALE: Linee guida - protocolli - procedure

RAZIONALE E OBIETTIVI FORMATIVI

Questo corso FAD è rivolto ai ginecologi, alle ginecologhe e ai professionisti della salute che si occupano di aborto farmacologico, spontaneo o volontario, per fare chiarezza e fornire competenze e strumenti di aggiornamento sulla terapia medica, sui percorsi assistenziali, sulla consulenza e assistenza alla donna pre- e post aborto, senza trascurare l'importante tema della morte fetale intrauterina.

Per tutte le figure professionali coinvolte è essenziale avere una visione generale e conoscere quali sono i farmaci a disposizione, i relativi dosaggi e le modalità di somministrazione, ma per AOGOI è fondamentale che sia fatta chiarezza sulle nuove linee di indirizzo ministeriale, sui percorsi assistenziali, sulle applicazioni regionali e sulle problematiche nella pratica clinica.

È, altresì, necessario cercare di capire perché si incontrano tante difficoltà e perché ci sono così tante differenze sul territorio, quali sono gli ostacoli all'utilizzo dei farmaci e su come migliorare l'informazione, aiutare la donna e la coppia ad affrontare questo delicato momento.

Conclude il corso FAD un focus sul trattamento farmacologico indicato oltre il primo trimestre, nell'aborto tardivo e nella morte fetale intrauterina.

DESTINATARI:

Medico chirurgo: Ginecologia e ostetricia Medicina generale (medici di famiglia) **Ostetrica/o:** Ostetrica/o **Psicologo:** Psicologia e Psicoterapeuta **Assistente sanitario:** Assistente sanitario **Infermiere:** Infermiere **Farmacista:** Farmacista pubblico del SSN

Evento n. 2223-401802

Provider ECM AOGOI ID 2223, Milano

Segreteria Organizzativa SMM Srl, Milano

Programma Scientifico

MODULO INTRODUTTIVO Elsa Viora (Torino)

Perché è importante fare chiarezza sull'aborto farmacologico spontaneo e volontario: l'esperienza di questi ultimi 30 anni, l'importanza dell'assistenza alla donna - a partire dalla consulenza pre- e post aborto, i percorsi assistenziali e le nuove indicazioni operative.

MODULO 1 Alessandra Meloni (Cagliari)

I farmaci: dosaggi e modalità di somministrazione

MODULO 2 Anna Uglietti (Milano)

Interruzione medica della gravidanza: storia dell'esperienza clinica, linee guida e percorsi assistenziali internazionali e nazionali

MODULO 3 Marina Toschi (Perugia)

Consulenza pre- e post-aborto

MODULO 4 Silvana Agatone (Roma)

Applicazioni regionali delle nuove linee di indirizzo ministeriali (Agosto 2020)

MODULO 5 Daniela Fantini (Milano)

Quali ostacoli all'IVG farmacologico? Come migliorare l'informazione e l'accesso della donna all'aborto farmacologico

MODULO 6 Valeria Dubini (Firenze)

Aborto farmacologico nelle diverse realtà consultoriali: la situazione italiana

MODULO 7 Karin Louise Andersson (Firenze)

I percorsi assistenziali in consultorio

MODULO 8 Bianca Masturzo (Torino)

Mifepristone e Misoprostolo: oltre il primo trimestre (morte fetale intrauterina, interruzione volontaria della gravidanza)

MODULO 9 Silvia von Wunster (Alzano Lombardo, Bergamo)

Sintesi delle raccomandazioni di buone pratiche clinico-assistenziali per l'induzione dell'aborto con metodo farmacologico

MODULO CONCLUSIVO Elsa Viora (Torino)

Take home messages

UFFICIO LEGALE AOGOI



Il timore di un contenzioso medico legale è una delle principali preoccupazioni che ogni medico ha nello svolgere la professione

PASQUALE PIRILLO
Ufficio legale Aogoi



Ufficio Legale Aogoi, un bilancio in positivo

Nel 2022 le compagnie hanno ricevuto circa 16mila denunce di sinistro. Delle circa 16mila denunce la metà sono rivolte al singolo sanitario e le restanti alle strutture sanitarie pubbliche e private

LE AREE A RISCHIO DI CONTENZIOSO

CHIRURGICA

45,1%

MATERNO-INFANTILE

13,8%

MEDICA

12,1%

CONTENZIOSO IN OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DENUNCE/ANNO

1600/1700

NEGLI USA il numero stimato di denunce di sinistro è pari a circa 75mila-100mila anno, un valore proporzionalmente simile a quello italiano considerando la numerosità della popolazione. Nella ipotesi che un sinistro presso una struttura sanitaria possa mediamente coinvolgere due medici ed assumendo che la larga maggioranza delle denunce ai singoli sanitari siano rivolte a medici, possiamo stimare un rischio di sinistro per anno pari a circa 4-5 medici ogni 100. Alcune stime suggeriscono che un medico che esercita in Italia da 20 anni ha un 80% di probabilità di coinvolto in un contenzioso medico legale (Fattorini 2007).

Le aree maggiormente a rischio di contenzioso sono quella chirurgica (45,1% dei casi), la materno-infantile (13,8%) e quella medica (12,1%). È verosimile ipotizzare che il contenzioso in Ostetricia e Ginecologia sia pari a circa 1.600-1.700 denunce/anno.

Considerando che i ginecologi rappresentano circa il 4% dei medici iscritti all'Ordine, si può stimare che il rischio per un ginecologo sia almeno doppio rispetto alle specialità mediche e probabilmente quadruplo per chi opera in sala parto. Negli USA si stima che il 75% circa degli ostetrici e ginecologi hanno avuto un sinistro entro l'età di 45 anni (Samuels A. 2022).

Il Report Med Mal (Sole 24 Ore 2023) sull'andamento del rischio clinico da Medical Malpractice nella Sanità Italiana, indica come nel 13,5% dei casi sia coinvolta l'area Materno Infantile, come il 2,5% dei casi denunciati sia conseguente a eventi occorsi in sala parto/taglio cesareo e come i Reparti Ostetrico Ginecologici seguano di poco, come numerosità dei sinistri l'Ortopedia ed i DEA Sulla base dei dati Ivass, circa il 60% dei sinistri sono senza seguito. Simili percentuali sono anche riportati in altre nazioni (Samuels A, 2022).

ALLA LUCE DI TALI DATI, nasce nel 2015 L'Ufficio Legale dell'Aogoi dall'idea di Antonio Chiantera di offrire, in maniera del tutto gratuita agli Associati, un'assistenza legale *sul campo* con la messa a disposizione di un gruppo di legali (civili, penalisti, giuslavoristi) particolarmente esperti nel contenzioso medico-legale in Ostetricia e Ginecologia e distribuiti in tutto il territorio nazionale, facendoli lavorare in *team* con i migliori clinici esperti nei vari settori della Specialità e membri dell'Associazione.

Un *team* qualificato può in tal modo rispondere alle richieste dell'associato, che incorre nel contenzioso, in ogni fase del percorso: dalla compilazione della Relazione sull'evento avverso, alla assistenza legale e peritale nei vari gradi di giu-

dizio civile o penale sino alla difesa di fronte alla Corte dei Conti.

NEGLI ANNI DI ATTIVITÀ L'UFFICIO LEGALE AOGOI HA GESTITO CIRCA 750 CASI DI CONTENZIOSO.

Gli ambiti civile e penale coprono, con pari incidenza, la maggior parte dei casi (94%); si assiste negli anni ad un incremento (5%) dei casi inerenti la Corte dei Conti. (Tab.1)

Per quanto attiene la pertinenza ostetrica vs ginecologica la nostra esperienza definisce come in una percentuale prossima al 70% il contenzioso coinvolga casi ostetrici.

Riguardo ad una distribuzione Regionale del contenzioso è possibile evidenziare come le Regioni meridionali (Campania, Calabria, Puglia, Sicilia) contribuiscano in maniera determinante all'incremento della casistica. (Tab.2).

Circa il 25% dei casi totali del contenzioso 221/746 interessano la sola Regione Campania. È motivo di discussione individuare le causalità che inducono una siffatta concentrazione di contenzioso nel meridione d'Italia e in Campania in particolare.

È da ipotizzare che il contenzioso possa accrescersi nei territori ove il numero degli studi legali è maggiore in rapporto alla popolazione e dove il fenomeno della *quota lite* è più radicato.

Non può sfuggire il difetto di comunicazione nel senso che una comunicazione di tipo paternalistico, laddove porta ad aspettative non realistiche nell'atto medico, può indurre una ritorsione dell'utente insoddisfatto del risultato soprattutto se tale insoddisfazione può tramutarsi in un beneficio di tipo economico.

FIGURA 1
Pubblicazione GISS
Patologia della Placenta



FIGURA 2
Linea Guida

I risultati ottenuti nella difesa dei nostri Associati sono stati certamente pari alle aspettative. Si registra che dei circa 20 procedimenti conclusi in sede civile solo due casi hanno avuto una sentenza di primo grado negativa.

Degli oltre 150 casi conclusi in penale solo quattro procedimenti hanno registrato una condanna in primo grado.

Sette sono i procedimenti conclusi positivamente davanti alla Corte dei Conti.

I dati, i casi, gli esiti quanto più sono numerosi tanto più accrescono l'utilità e l'efficacia del nostro agire.

Appare pertanto essenziale che l'esperienza dell'Ufficio Legale Aogoi possa estendersi a tutta la Ginecologia italiana; gli accordi già stetti con le associazioni afferenti alla Sigo (Agui, Agite) mirano a questo traguardo.

Le cifre citate, che riflettono la mera attività giudiziaria e che sono da valutare altamente positive, non sono da considerare l'unica funzione meritoria.

L'Ufficio Legale, nei suoi anni di attività, ha visto crescere, parimenti ai successi in aula, una notevole esperienza espressa da una messe di dati (Consulenze Tecniche, Pareri pro-veritate, Sentenze, Dati bibliografici) che, immessi in un Sistema di Archiviazione Centralizzato e opportunamente utilizzati e analizzati, possono costituire un formidabile momento nello studio del contenzioso.

Si è venuto a creare negli anni un vero osservatorio epidemiologico del fenomeno.

Lo studio dei dati, mirato ad evidenziare quali possono essere le causalità dell'avvento avverso e dell'insorgere del contenzioso, si è trasformato così in un momento di accrescimento culturale che induce azioni mirate alla prevenzione ed alla gestione del rischio clinico (Tab. 3-4).

In una visione di prevenzione del rischio clinico la nostra associazione vuole perorare il concetto espresso dall'art.1 comma 2 della legge 24/17 (legge Gelli), tanto sostenuta dalla Aogoi, quando afferma che: *la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione ed alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative.*

Tale momento può concretizzarsi nella formulazione di Linee Guida, di Raccomandazioni, di Percorsi mirati a quelle condizioni cliniche maggiormente foriere di contenzioso nonché al recepimento dei risultati elaborati dai GISS (Gruppi di Interesse Scientifico Speciale)

Parimenti, in tale contesto, possono essere valutate ed analizzate le dinamiche delle varie fasi dell'iter processuale che hanno potuto avere un ruolo nell'esito del procedimento stesso.

L'analisi dei dati può e deve costituire una sorta di *feedback* negativo nel senso che ad un maggior numero di casi gestiti e trasformati in momenti di accrescimento culturale può conseguire una migliore gestione del rischio clinico e quindi una contrazione del contenzioso

A titolo esemplificativo emerge dall'esame dei dati come la Mortalità perinatale e l'Encefalopatia Ipossico-ischemica neonatale (CP) rappresentino le circostanze che incidono con un alto numero nella casistica.

Accanto ad un ormai consolidata evidenza scientifica e dai risultati del GISS che dimostrano come lo studio della placenta sia fondamentale per la comprensione dei meccanismi patogenetici che hanno inficiato la vita o la salute del feto si evidenzia, purtroppo, come, nella prassi corrente e nel maggior numero (oltre il 60%) dei casi osservati, gli standard raccomandati (Consensus Conference di Amsterdam 2016; AFIP 2021) non siano seguiti.

Ciò può determinare la mancanza di quella condizione fondamentale per capire la corretta etiopatogenesi dell'evento avverso, per valutare, nel contenzioso le eventuali responsabilità e, anche, per fornire una risposta ai genitori.

L'Ufficio Legale Aogoi ritiene di raggiungere l'obiettivo informativo e formativo del Ginecologi nel proporre raccomandazioni e protocolli efficaci nello studio della placenta per come anche espresso dalle recenti pubblicazioni del GISS patologia della placenta e dalle Linee Guida sulla Gestione della Morte Endouterina del Feto (Fig. 1-2)

Quali, infine, possono essere considerate le prospettive future dell'Ufficio Legale Aogoi se non:

- Continuare ad offrire ai propri iscritti ed a tutti i ginecologi italiani: una adeguata protezione medico-legale.
- Attuare un monitoraggio costante dei dati di contenzioso a livello nazionale.
- Dar luogo ad una formazione continua, basata su buone pratiche cliniche appropriate e Linee guida sull'argomento.
- Ottenere con tale impegno una riduzione del contenzioso ed una maggiore tranquillità per i Colleghi Ginecologi.

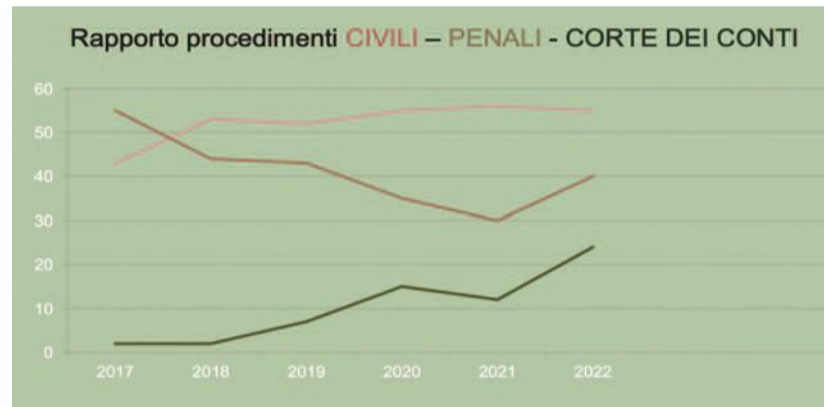


TABELLA 2

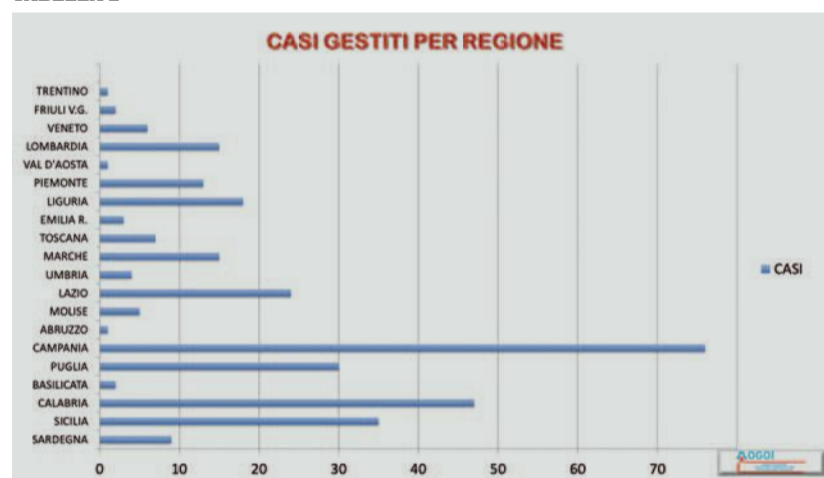


TABELLA 3



TABELLA 4





Quotidiano on line di informazione sanitaria



Quotidiano on line d



**Il primo quotidiano on line
interamente dedicato
al mondo della sanità.**

quotidiano **sanità.it**

**Scienza, medicina, farmaci,
politica nazionale e regionale,
economia e legislazione.**

**Notizie, interviste, dibattiti,
documenti, analisi e commenti
dal mondo della sanità.**



www.quotidianosanita.it

Utenti unici
2,5 MLN
Pageviews
4,7 MLN
Dati da
Google Analytics
dell'ultimo mese

QSe

**Quotidiano
Sanità**
edizioni

Ogni giorno sul web tutta la sanità che conta.



swiss
stem **CELLS** 
BIOTECH



La prima Cells Factory specializzata nella Medicina Rigenerativa

Siamo una Cells Factory Svizzera nata nel 2005 .

Operiamo nell'ambito delle terapie cellulari con specializzazione nella raccolta, purificazione, caratterizzazione, processamento e conservazione delle cellule staminali e tessuti umani per usi terapeutici, estetici e per la messa appunto di nuovi protocolli sperimentali.

La nostra Cells Factory ha la capacità di conservare un'ampia gamma di materiali biologici:

- cellule, tessuti umani, DNA
- cellule staminali da sangue cordonale
- cellule staminali da tessuto cordonale
- cellule staminali da tessuto adiposo
- conservazione di sangue periferico
- conservazione di sangue e siero
- conservazione DNA

Sono in fase di sviluppo la processazione della membrana amniotica e delle terapie CAR-T.

SSCB è la prima ed unica Biobanca ibrida del sangue cordonale accreditata dal sistema sanitario Svizzero.

Le nostre certificazioni



SSCB Swiss Stem Cells Biotech



it.info@cellssolutions.com



swiss_stem_cells_botch



Klausstrasse 10, CH - 8008 Zurich

Triofer[®] Forte

Tre fonti di ferro

Innovativa tecnologia trifasica

HI-TECH

Massima biodisponibilità

Con aggiunta di
acido folico
(400 mcg)
e vitamine del
gruppo B



Confezione da 30 cpr
Modalità d'uso: 1 cpr/die



www.aurorabiofarma.it



STRATO FAST:
FERRO BISGLICINATO
(10 mg)

STRATO NORMAL:
SOLFATO FERROSO (10 mg)
+ VIT. C (70 mg)

STRATO RETARD:
FERRO PIROFOSFATO
MICROINCAPSULATO (10 mg)

AURORA
biofarma

Materiale promozionale di Aurora Biofarma
destinato esclusivamente alla classe medica