

## Sclerosi multipla e COVID-19. Situazioni particolari: donne in gravidanza, neonato da madre COVID-positiva, pianificazione familiare, impatto psicologico della pandemia

Elisabetta Capello

Dipartimento di Scienze Neurologiche, Ospedale Policlinico S. Martino – IRCCS Genova

Da due anni stiamo giornalmente scrivendo una storia che farà la storia. Un virus, il COVID-19, ha dissestato la nostra quotidianità, le nostre vite, quello che era normale è divenuto l'eccezione. Quello che si poteva fare non è più possibile fare come prima. Ogni giorno, da due anni ormai, un pezzetto di storia viene scritta. L'abbiamo scritta tutti, nessuno escluso. L'abbiamo subita tutti, nessuno escluso.

È una battaglia per la vita che stiamo combattendo da allora: la vita individuale e quella globale.

Tanti non ce l'hanno fatta, sono i nostri anziani, le vittime più innocenti e indifese. E anche per loro dobbiamo continuare ad andare avanti a lottare. E così stiamo facendo.

Noi che ci occupiamo di Sclerosi Multipla (SM) abbiamo, in questi mesi, protetto giovani vite con una doppia *mission*: vincere il virus e vincere la malattia.

Non è stato facile, perchè tenere la sclerosi multipla biologicamente controllata poteva portare a facilitare l'infezione da SARS-CoV-2.

È un momento in cui più che mai è importante lavorare coesi per acqui-

sire dati di *real life* su grandi numeri e quindi disegnare strategie terapeutiche condivise. E dati ne abbiamo certamente ottenuto in questi mesi. A marzo 2020, la Federazione Internazionale Sclerosi Multipla (FISM) ha pubblicato delle Raccomandazioni che indicavano nello specifico che *“alcuni farmaci per la cura della sclerosi multipla potrebbero aumentare la probabilità di sviluppare delle complicazioni da COVID-19, ma il rischio dovrebbe essere bilanciato con quello di interrompere il trattamento stesso”*<sup>(1)</sup>.

In successive pubblicazioni da parte delle Società Internazionali e in editoriali prodotti da parte di esperti del settore, è stato poi suggerito di considerare la possibilità di ritardare l'inizio di quelle terapie atte a modificare la prognosi di malattie ritenute come a maggior rischio di provocare infezioni o di posticipare la prosecuzione o il completamento delle cure infusionali riconosciute come più fortemente immunosoppressive. Il suggerimento riguardo la prosecuzione o meno delle terapie atte a modificare la prognosi di malattia nel caso di un'infezione conclama-

ta da COVID-19 rimaneva quello di sospendere temporaneamente la terapia stessa, valutando una sorta di rischio stratificato fra possibili infezioni e grado di immunosoppressione<sup>(2,3)</sup>.

I dati scientifici che sono stati prodotti nei mesi successivi hanno permesso di valutare al meglio i gradi di sicurezza delle varie terapie. Queste conclusioni partono dal presupposto che solo studi osservazionali di vasta portata, derivati da Registri e considerati su tempistiche lunghe di controllo in *real life*, siano in grado di poter cogliere i fattori di rischio per l'eventuale aggravamento della sclerosi multipla in corso di malattia da COVID-19. Questi risultati sono di fondamentale importanza, soprattutto per poter successivamente trarre decisioni cliniche sui singoli pazienti. Non va, infatti, dimenticato che si tratta di decisioni che avranno un impatto nel lungo termine, considerando anche la durata delle terapie stesse nell'ambito di una patologia cronica quale è la sclerosi multipla.

I primi e pionieristici risultati relativi a studi mirati su una relativamen-

te vasta scala di pazienti sono stati derivati dal Registro CoviseP, che ha permesso la valutazione osservazionale di una coorte multicentrica di soggetti francesi<sup>(4)</sup>. L'obiettivo era quello di indagare la gravità della malattia da COVID-19 in pazienti affetti da SM andando a valutare, attraverso analisi statistiche specifiche, le eventuali associazioni tra alcuni parametri clinici e l'andamento della malattia da COVID-19, in particolare i fattori di rischio per l'eventuale sviluppo di una forma più aggressiva e dannosa. In questo studio sono stati analizzati i dati di 347 pazienti affetti da sclerosi multipla che avevano avuto una diagnosi di malattia da COVID-19 (tampone positivo o immagini tipiche di polmonite interstiziale alla TC torace, o ancora perdita improvvisa del gusto o dell'olfatto e infine i tipici sintomi: tosse, febbre e astenia). I pazienti erano per lo più di sesso femminile, con una durata di malattia di circa 13 anni, per la maggior parte con una forma a ricadute e remissioni. Più dell'80% dei pazienti risultava essere in terapia con farmaci sia di prima, sia di seconda linea. Poco più del 20% dei pazienti ha avuto una malattia da COVID-19 di gravità, su una scala da 1 a 7, di 3 o più (ovvero ospedalizzato con necessità, a seconda della gravità, di ossigeno fino alla ventilazione meccanica o al decesso, occorso nel 3,5% dei casi osservati), mentre nei restanti casi la malattia risultava tale da creare limitazioni nelle attività, senza però bisogno di un ricovero. Nei pazienti

più gravi apparivano più rilevanti la febbre e la dispnea, mentre in quelli a minore espressione clinica risultavano più frequenti la cefalea e la perdita di gusto e olfatto. Le variabili che si sono rivelate come significative per la comparsa di una forma più aggressiva di malattia da COVID-19 nei pazienti affetti da SM risultavano, in base alle accurate analisi statistiche, il sesso maschile, l'età più avanzata, un punteggio più elevato alla scala EDSS (>6, ovvero necessità di un sostegno per la deambulazione e limitazione della stessa a circa 100 metri), oltre all'andamento della malattia di tipo progressivo.

Inoltre, la presenza di una o più comorbidità indicava un rischio maggiore per un andamento più grave della malattia da COVID-19, in particolare in caso di presenza di complicanze cardiovascolari, polmonari o in caso di obesità. Il dato interessante è che, in questo gruppo di pazienti, sono state osservate percentuali più alte di soggetti che sono incorsi in una forma più grave di malattia da COVID-19 fra quelli che non assumevano terapie modificanti il decorso di malattia (DMTs, *Disease-Modifying Therapies*) (46%) rispetto a coloro che le assumevano (15%). Fra questi ultimi, il decorso è stato più grave in quei pazienti che stavano assumendo farmaci definiti arbitrariamente dai ricercatori come a più alto rischio. Le analisi statistiche più accurate (modelli di regressione logistica univariata o multivariata) hanno confermato come il rischio di una malattia più grave da CO-

VID-19, essendo ciascun fattore una variabile indipendente, risultava maggiore in caso di età più avanzata, sesso maschile, EDSS >6, obesità e utilizzo di farmaci definiti a rischio più elevato (ad esempio, alemtuzumab). Di fatto, il rischio minore risultava invece nei pazienti in terapia con farmaci iniettivi, quali ad esempio interferone beta (IFN $\beta$ ) o copolimero. Per altri farmaci (come, ad esempio, cladribina), il numero di pazienti inseriti risultava troppo limitato per permettere conclusioni adeguate. I risultati di questo studio (comunque svolto in un solo Centro e con un campione di pazienti discreto ma non numerosissimo) hanno precauzionalmente segnalato come non ci fossero dirette correlazioni fra l'utilizzo DMTs, il livello di immunosoppressione (grado di linfopenia) e il rischio di incorrere in una patologia da COVID-19 di maggiore gravità.

Un secondo studio osservazionale retrospettivo italiano ha valutato ben 844 pazienti appartenenti a 85 Centri, affetti da una forma sospetta o definita di malattia da COVID-19<sup>(5)</sup>. Lo studio è stato condotto sotto l'egida dell'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (AISM) e della Società Italiana di Neurologia (SIN) e si è svolto fra marzo e settembre 2020. Questo studio si è focalizzato sull'impatto delle terapie immunosoppressive e immunomodulanti relativamente alla gravità di espressione della malattia da COVID-19 in persone con sclerosi multipla. La gravità veniva definita secondo tre

livelli, dalla grave - ricovero in terapia intensiva o il decesso - alla più lieve - malattia ad espressione limitata senza necessità di ospedalizzazione e senza diagnosi confermata di polmonite. I dati sono stati anche stratificati per macroaree (la sola Lombardia, in quanto fornitrice del 34% dei casi segnalati, quindi il Nord Italia comprendente Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna e Liguria e infine il resto d'Italia). L'82% dei soggetti risultava in terapia all'esordio presunto dei sintomi da malattia da COVID-19. I farmaci sono stati poi valutati singolarmente, considerando che anche in questo studio i pazienti in terapia con alemtuzumab e cladribina risultavano troppo poco numerosi per poter permettere conclusioni specifiche. L'età media dei pazienti era molto simile a quella del gruppo francese (Registro Co-visep), ovvero 45 anni, con un 70% di soggetti di sesso femminile e un punteggio EDSS medio di 2 (anche questo dato sovrapponibile a quello del gruppo francese). Il gruppo delle persone con sclerosi multipla non in trattamento risultava di età più avanzata, con un EDSS più elevato (5,5 in media) e maggiormente in fase progressiva di malattia. Il tasso di mortalità è stato dell'1,5% e più della metà di questi soggetti non era in terapia, anche se tutti risultavano in fase progressiva di malattia. I risultati dello studio hanno evidenziato come i fattori di rischio più importanti per uno sviluppo più grave della malattia da COVID-19 fossero l'età più avanzata, il sesso maschi-

le, un punteggio EDSS più elevato, una maggiore durata di malattia, la presenza di comorbidità e un andamento progressivo di malattia. Questi dati ricalcano quelli derivati dallo studio francese. Come interessante nuovo risultato, si è visto che un fattore di rischio risultava anche l'aver eseguito terapia con cortisone (metilprednisolone endovena) nel mese precedente all'infezione, come pure l'essere in trattamento con farmaci anti-CD20 (ocrelizumab e rituximab). Quest'ultimo dato è stato confermato con significatività anche da statistiche sofisticate quali un aggiustamento in modelli multivariati e in analisi di sensibilità. Inoltre, in questo gruppo di pazienti (in terapia con anti-CD20) la gravità (severa o anche intermedia) risultava maggiore sia nei casi ad andamento a ricadute e remissioni, sia in quelli in fase progressiva di malattia, in particolare se la terapia risultava più lunga di un anno. Da considerare che i pazienti in terapia con ocrelizumab e affetti da COVID-19 risultavano comunque in quasi il 30% dei casi in fase progressiva di malattia, con durata di malattia maggiore e con un EDSS già in media più alto<sup>(3)</sup>, rispetto a quelli che assumevano invece altre terapie. Un dato interessante è quello invece di una riduzione del rischio valutata nei pazienti trattati con interferone (73 soggetti). Pur non raggiungendo una significatività statistica, il dato è interessante in quanto nessun paziente in terapia con interferone ha avuto necessità di ricovero in terapia intensiva o

è andato incontro a decesso. Questo gruppo di pazienti aveva un EDSS medio di 1,5 e in quasi il 90% era in fase a ricadute e remissioni di malattia. Nel piccolo gruppo di pazienti in terapia con cladribina o alemtuzumab non si sono registrati andamenti definibili come gravi di patologia da COVID-19. Uno dei limiti di questo lavoro può essere quello di avere incluso anche soggetti con forme sospette di infezione da COVID-19, ma le valutazioni statistiche effettuate esclusivamente sui pazienti con diagnosi confermata hanno in effetti determinato risultati del tutto simili (pur con un campione di pazienti più limitato).

Un ultimo studio epidemiologico brasiliano (su una coorte studiata di ben 11.560 pazienti affetti da sclerosi multipla)<sup>(6)</sup> ha rilevato un'incidenza di COVID-19 del tutto simile a quella della popolazione generale (in particolare 0,22%). La patologia è stata segnalata ad andamento per lo più di moderata espressione clinica, continuando i pazienti a utilizzare durante il decorso della malattia da COVID-19 (nella stragrande maggioranza dei casi, 96%) la loro specifica terapia atta a modificare la prognosi di malattia. Le terapie risultavano per lo più di prima linea (55%) essendo però ben rappresentate anche le terapie di seconda linea (natalizumab 21% e fingolimod 16%). Di fatto, questo lavoro non riporta andamenti di particolare gravità della malattia da COVID-19 correlati all'utilizzo di specifici farmaci per la SM (non potendosi però

considerare in maniera assoluta dati su piccoli numeri di pazienti quali quelli per alemtuzumab e ocrelizumab).

In definitiva, gli studi sull'impatto del COVID-19 nei pazienti affetti da sclerosi multipla evidenziano un accettabile profilo di sicurezza delle DMTs. Le differenze che emergono sono del tutto in linea con quanto già noto in relazione alle possibili infezioni di altra natura nei pazienti affetti da SM e in terapia con i medesimi farmaci. Questi dati sono di grande importanza per poter definire anche nel futuro, considerata la persistenza dell'emergenza pandemica, le migliori strategie terapeutiche e gli eventuali esami ematologici da programmare per meglio seguire questo gruppo di pazienti. In particolare, nei pazienti immunosoppressi risulterebbero utili il conteggio e la funzionalità sia dei *markers* dell'immunità innata (conta settimanale di monociti, neutrofili, linfociti e delle sottopopolazioni *Natural Killer* oltre alla concentrazione dell'Interleuchina-6) sia di quelli della funzione adattativa (conta linfocitaria settimanale e conta delle cellule B, delle cellule T e delle IgG e IgM all'esordio e dopo 1 e 2 mesi).

Gli studi *real life* in questo particolare periodo storico confermano la necessità di mantenere un adeguato bilanciamento fra rischi e benefici nell'ambito delle possibili scelte terapeutiche sempre più individualizzate e mirate, in particolar modo riguardo i farmaci immunosoppressori. Di fatto, serviranno continui la-

vori osservazionali su campioni di popolazione ancor più numerosi (e in tal senso sono fortemente suggeriti Registri nazionali e internazionali) per poter seguire nel tempo le evoluzioni del COVID-19 relativamente alle terapie in atto, anche nelle loro più sfumate espressioni, sulla qualità di vita e sull'andamento clinico dei soggetti affetti da sclerosi multipla. I grandi numeri fanno tanta informazione, un'informazione tuttavia globalizzata che un po' si astrae dal quotidiano. La quotidianità di gestione è frutto, infatti, di un confronto frequente, magari a mezzo televisita, fra curante e paziente in un *setting* il più possibilmente costruttivo. Intendendo per costruttivo il poter mantenere intatto il progetto di vita *ad personam*. E questo significa tanto, significa per tanti giovani pazienti costruire, procreare. Anche adesso che c'è il COVID, perché il tempo non aspetta, perché la vita deve continuare. E se un cambio epocale deve avvenire, questo deve portare ad una vita migliore, più sana, più vicina alla natura, più vicina alla vita.

Come può una coppia concepire un progetto genitoriale in un momento come questo? Può farlo, a prescindere dalla vaccinazione, se si sente protetta e sicura. E non basta il *setting*, non basta l'empatia, occorre la sicurezza di essere trattati con il farmaco giusto nel momento giusto. Sì, proprio adesso che c'è anche il COVID. Le coppie, a differenza di prima stanno molto di più insieme, lo *smart working* consente di vivere la giorna-

ta insieme, di confrontarsi, di avvicinarsi. E quando le giovani coppie si avvicinano il neurologo deve essere pronto.

Quanti protocolli terapeutici abbiamo rivisto nel nostro Centro durante la pandemia. Fino a due anni fa, nessun paziente veniva trattato con natalizumab se positivo per il virus JC (JCV). Ci siamo confrontati con gli altri Centri Hub e abbiamo creato il protocollo "COVID": trattare per una finestra di due anni i giovani pazienti positivi, con intervallo dilazionato. E così abbiamo fatto il primo passo verso la sicurezza: proteggere dalla malattia e dal virus i pazienti più attivi, così da renderli semplicemente pazienti. Giovani donne e uomini immunocompetenti che, come tutti, erano e sono tenuti a seguire le regole anticontagio e perché no, le regole della vita, fra cui quella di procreare.

Ci siamo mossi su tutto, anche sulle indicazioni della letteratura. Abbiamo affrontato il problema dei pazienti in terapia con ocrelizumab, certamente troppo esposti nel periodo di pandemia pre- e post-vaccinale. La scelta è stata quella di sospendere il farmaco e monitorare l'immunofenotipo e la clinica. Per molti farmaci orali abbiamo personalizzato la posologia in un inedito *off label* sui dati della linfocitopenia. Direi che l'unico farmaco in cui i "giochi" ormai erano fatti, la cladribina, è stato proprio quello che ci ha dato più soddisfazione: pazienti perfettamente controllati dalla malattia, nessuno di loro contraeva il COVID,

tutti attivi in presenza o in *smart working*, tutti pronti a fare tutto, anche a gestire una gravidanza.

Siamo stati fortunati o è proprio così? Vediamo i dati della letteratura. In un *case report* pubblicato ad agosto 2020 su *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, viene riportato il dato immunologico di una giovane paziente precedentemente trattata con cladribina che sviluppava una infezione da COVID-19 non complicata e a rapida risoluzione.

Ben più informativi i numeri del *Merck KGaA Global Patient Safety Database*, pubblicato sempre su *Multiple Sclerosis and Related Disorders* nell'agosto 2020, che raccoglie 46 pazienti trattati con cladribina e positivi al SARS-CoV-2. Tutti autolimitanti, tutti immunocompetenti<sup>(7)</sup>. Abbiamo sino ad ora affrontato la realtà allargata e globale dei Centri SM durante la pandemia da COVID-19. Vogliamo ora focalizzare il progetto maternità in questo contesto. Astraiamoci un momento dalle nostre pazienti e vediamo quanto ci arriva dalla realtà allargata.

## La gravidanza in era COVID-19

Cosa vuol dire diventare madre durante la pandemia? Le evidenze raccolte in questi mesi a livello internazionale riportano più frequenti sintomi di ansia, depressione e disagio psicologico fra le donne in gravidanza e dopo il parto rispetto all'atteso e sottolineano la necessità di rendere disponibili interventi adeguati a supportare questa popo-

lazione<sup>(8)</sup>. Per questo motivo, è stato disegnato lo studio "COVID-19 e salute mentale perinatale: impatto del COVID-19 sul vissuto e lo stato emotivo in epoca perinatale delle donne in contatto con i Consulenti Familiari (CF)", di cui l'Istituto Superiore di Sanità è coordinatore. Lo scopo è raccogliere informazioni sull'impatto della pandemia sulla salute mentale delle donne in gravidanza o con un bimbo/a fino ai sei mesi di età, dar voce alla loro esperienza nei Servizi del percorso nascita e ai loro bisogni di assistenza. Avviato nel mese di ottobre 2020, lo studio mira a coinvolgere le utenti dei CF di 9 Aziende sanitarie collocate in 8 Regioni italiane ed è già attivo presso i Servizi consultoriali dell'Azienda ULSS 6 Euganea, della AUSL di Bologna, dell'Azienda USL Toscana Centro, della ASSL di Olbia e dell'ASP Cosenza.

Le partecipanti compilano *on-line* la versione italiana del questionario *Coronavirus Perinatal Experiences - Impact Survey* (COPE-IS). Lo strumento è stato messo a punto negli USA nel marzo 2020 da un gruppo di esperti dell'area della salute mentale perinatale per raccogliere informazioni sui vissuti delle donne durante la gravidanza, il parto e i primi mesi di vita del bambino, così da rendere disponibili indicazioni utili a migliorare l'assistenza e il supporto fornito dai Servizi sanitari nel contesto pandemico. L'adattamento europeo del questionario è stato curato da un gruppo di ricercatori consorziati nella *COST Action*

18138 "Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder", alla quale l'ISS partecipa per l'Italia. Lo studio italiano è promosso dal Reparto Salute della Donna e dell'Età evolutiva del CNaPPS, ISS e dalla Società Marcé Italiana per la Salute Mentale Perinatale, che hanno curato anche l'adattamento italiano dello strumento, in collaborazione con un gruppo di esperti. Grazie alla generosità delle donne che hanno donato il loro tempo, e all'impegno dei professionisti sanitari dei CF che hanno promosso attivamente la partecipazione allo studio tra le proprie utenti, sono già più di 1.000 le donne che hanno completato il questionario.

L'obiettivo è ora quello di rendere al più presto disponibili i primi risultati, con l'auspicio che diano indicazioni utili al miglioramento del supporto fornito alle donne in gravidanza e nei primi mesi dopo il parto dai Servizi sanitari. Penso sia utile inserire quello che è importante, ed è stato fatto a supporto della gravidanza, a prescindere dalla popolazione SM in epoca COVID.

Fin dai primi giorni della pandemia, è dunque apparso evidente che i percorsi di presa in carico e la rete di assistenza delle donne in gravidanza, delle madri, dei padri e dei neonati necessitavano di una tempestiva revisione e riorganizzazione, perché emergessero problematiche nuove e urgenti da risolvere. Tra gennaio e marzo 2020, tuttavia, le evidenze scientifiche al riguardo erano ancora scarse e non sempre univoche.

La pressione epidemiologica iniziale, soprattutto nelle aree più colpite del Paese, ha infatti portato i Servizi sanitari regionali a definire percorsi assistenziali basati sulla disponibilità organizzativa e logistica del momento. Attualmente, la letteratura a disposizione indica che alcuni aspetti delle pratiche clinico-assistenziali e della presa in carico di donne con infezione sospetta o confermata da virus SARS-CoV-2 sono ormai consolidati. Con l'obiettivo di fornire tempestivamente indicazioni utili alla pratica clinica e ai decisori, a partire da febbraio 2020, il Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha curato una selezione di risorse e letteratura su gravidanza, parto, puerperio e allattamento. Sono state sistematicamente e quotidianamente interrogate le basi dati *PubMed*, *Scopus*, *Embase* e *CINAHL* includendo tutti i tipi di disegno di studio e tutte le lingue di pubblicazione. Allo stesso modo sono state selezionate criticamente le news provenienti da fonti disponibili su *web*. A queste attività è stata affiancata una rassegna sistematica dei documenti prodotti dalle Agenzie governative internazionali, dalle Società scientifiche di settore sul tema COVID-19 in gravidanza, parto e puerperio.

La comunità scientifica italiana dei neonatologi, pediatri, ginecologi e ostetriche e anestesisti (SIN, SIMP, SIP, ACP, SIGO, AOGOI, AGUI, SIAARTI e FNOPO) ha aderito all'iniziativa dell'ISS, condivi-

dendone metodologia e contenuti e contribuendo alla divulgazione degli aggiornamenti settimanalmente prodotti attraverso i propri canali. L'attuale situazione post-emergenziale consente di rilasciare una sintesi delle indicazioni consolidate in un *report* destinato a professionisti e professioniste socio-sanitari e ai decisori. I documenti di riferimento sul COVID-19 per questo rapporto sono quelli delle principali Agenzie che costantemente curano gli aggiornamenti della letteratura, ossia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e il *Royal College of Obstetricians & Gynaecologists insieme al Royal College of Midwives, al Royal College of Paediatrics and Child Health, il Royal College of Anaesthetists e l'Obstetric Anaesthetists' Association*. I dati epidemiologici italiani di riferimento sono quelli derivati dallo studio prospettico dell'*Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)*<sup>(1)</sup>. Le indicazioni incluse in questo documento derivano, inoltre, da linee guida e linee di indirizzo nazionali e internazionali che affrontano il tema dell'assistenza alla donna in gravidanza, parto e puerperio: le linee guida ISS-SNLG Linea Guida 20 Gravidanza fisiologica e Linea Guida 19 Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole; quelle del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) come la *Clinical Guideline CG62 Antenatal Care for uncomplicated pregnancies e quelle su Intrapartum care* e la *Clinical Guideline CG37. Routine postnatal care of women and their babies*;

e le *WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.

Tali indicazioni sono rivolte a tutte le donne in gravidanza, durante il parto e in puerperio. Quelle destinate specificamente alla presa in carico di donne con infezione sospetta o confermata da virus SARS-CoV-2 sono evidenziate in paragrafi riconoscibili. Trattandosi di un documento di sintesi, per gli specifici aspetti clinici non trattati, bisogna fare riferimento alle indicazioni nazionali e internazionali sul tema. Alcuni contenuti riguardano i dispositivi di protezione.

## Gravidanza

La presenza di soggetti positivi al virus SARS-CoV-2 asintomatici o paucisintomatici è stata documentata sia nella popolazione generale, sia tra le donne in gravidanza, molte delle quali presentano generalmente una sintomatologia lieve o moderata.

La prevalenza e le manifestazioni cliniche della patologia da COVID-19 in gravidanza risultano essere sostanzialmente simili alla popolazione generale. Tutte le donne, anche quelle positive al virus SARS-CoV-2, devono essere messe in grado di partecipare alle scelte relative alla propria assistenza, in linea con i principi del consenso informato. L'assistenza deve essere centrata sulla donna, rispettosa e qualificata in modo da preservare dignità, *privacy* e riservatezza e consentire una scelta informata. Deve inoltre essere garantita la presenza di una persona a scelta della donna durante tutto il percor-

so nascita. È importante garantire l'accesso alle informazioni prenatali e agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), considerando anche le modalità *on-line*. In caso di gravidanza a basso rischio, è raccomandabile mantenere un minimo di 6 visite prenatali in presenza e, quando possibile, includere in un unico appuntamento la visita, l'ecografia ed eventuali altri esami diagnostici, avendo cura di coinvolgere il minor numero possibile di professionisti sanitari. In caso di gravidanza a rischio alcune donne, a causa delle loro condizioni cliniche mediche od ostetriche, comorbidità o complicazioni, possono richiedere un maggior numero di controlli e un'assistenza multidisciplinare. A conclusione di ogni appuntamento è raccomandabile concordare con la donna il successivo appuntamento e le sue modalità in presenza o a distanza. L'assistenza multidisciplinare deve includere la valutazione anestesiológica per una presa in carico precoce, utile anche a consentire un'informazione esaustiva sulla sicurezza clinica del percorso e sull'offerta dell'analgesia al parto. Deve essere previsto un sistema di recupero per le donne che non riescono ad essere presenti agli appuntamenti per oltre tre settimane consecutive. Prima di accedere ai Servizi sanitari, le donne dovrebbero essere sottoposte a *triage* per rilevare eventuali sintomi suggestivi di infezione da virus SARS-CoV-2, anche a carico di loro conviventi. Le donne in gravidanza che abbiano avuto un contatto con

una persona con infezione da SARS-CoV-2 confermata devono essere attentamente monitorate considerando la possibilità di trasmissione da soggetti asintomatici.

Durante la gravidanza si consiglia di mantenere gli appuntamenti per eseguire le ecografie raccomandate. In caso di risorse di personale insufficienti, l'ordine di priorità raccomandato prevede l'indagine ecografica per le anomalie fetali strutturali, da effettuarsi tra 19+0 e 21+0 settimane di età gestazionale e quella del primo trimestre per la determinazione dell'epoca gestazionale, accompagnata o meno dalla valutazione della translucenza nucale per l'esecuzione del test di *screening*. L'organizzazione dei Servizi prenatali deve prevedere l'offerta di ecografie per la valutazione/sorveglianza dell'accrescimento fetale durante la pandemia, come in epoca pre-COVID.

Le donne in gravidanza con patologia da COVID-19 lieve, sospetta o confermata, dovrebbero essere seguite a domicilio in coordinamento con i servizi della ASL. L'accesso in Ospedale è riservato ai casi di rapido peggioramento delle condizioni cliniche o quando non si abbia la possibilità di recarsi prontamente in Ospedale. È sempre opportuno accedere ai Punti Nascita COVID, identificati in ogni Regione.

Le donne in gravidanza devono essere messe al corrente dei segni materni e neonatali, inclusi i segni di peggioramento della patologia da COVID-19 e la percezione di riduzione dei movimenti fetali atti-

vi che richiedono assistenza. In caso di peggioramento della patologia o di segni di complicanze ostetriche (sanguinamento o perdita di liquido vaginale, visione offuscata, forte mal di testa, debolezza o vertigini, forte dolore addominale, gonfiore del viso, delle dita, dei piedi, intolleranza a cibi o liquidi, convulsioni, difficoltà respiratorie, riduzione dei movimenti fetali), si consiglia di recarsi in Ospedale o cercare assistenza quanto prima. Le visite di *routine* prenatali e post-natali presso le strutture ospedaliere dovrebbero essere posticipate, se possibile, utilizzando strumenti alternativi di comunicazione per le consulenze, in modo da ridurre gli accessi presso gli ambienti ospedalieri. Una volta terminato il periodo di isolamento, riprogrammare le visite secondo quanto stabilito dalle linee guida e dalle raccomandazioni nazionali e internazionali.

Nonostante non siano ad oggi disponibili evidenze di associazione causale tra COVID-19 e rischio di iposviluppo fetale, è raccomandato eseguire una ecografia di controllo 14 giorni dopo la risoluzione della malattia acuta diagnosticata in gravidanza. Anche per le donne COVID-19-positivo sono raccomandate le vaccinazioni previste in gravidanza (influenza e pertosse). In caso di linfocitosi, considerare la possibilità di un'infezione batterica piuttosto che virale e l'utilizzo appropriato di antibiotici. In caso di condizioni cliniche instabili, per le donne in gravidanza che necessitano una terapia steroidea, utilizzare prednisolone

orale 40 mg una volta/die o idrocortisone endovenoso 80 mg due volte/die. In Italia, l'AIFA ha predisposto delle schede che descrivono in modo chiaro le prove di efficacia e sicurezza disponibili sulle terapie farmacologiche per il COVID-19. Le schede vengono periodicamente aggiornate e sono disponibili sul sito dell'AIFA. La trasmissione verticale del virus SARS-CoV-2 è possibile. Nonostante le evidenze siano ancora scarse, ad oggi viene comunque considerato un evento raro. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, tra il 25 febbraio e il 31 luglio 2020, i neonati che non sono stati separati alla nascita dalla madre e hanno praticato il *rooming-in* e ricevuto latte materno, hanno esiti di salute altrettanto buoni dei bambini separati dalla madre dopo la nascita.

## Effetti dell'infezione sul decorso della gravidanza

Le donne in gravidanza non sembrano essere a maggior rischio rispetto alle non-gravide per infezione grave da COVID-19 che richiede il ricovero ospedaliero. Secondo i dati dell'*UK Obstetric Surveillance System* (UKOSS), le donne gravide straniere sovrappeso od obese, con comorbidità pre-esistenti (come nel caso di diabete e ipertensione cronica), con età >35 anni o con difficoltà socio-economiche, sembrano avere un maggior rischio di ricovero per patologia da COVID-19. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica,

le donne con pregresse comorbidità (ad esempio, ipertensione), quelle obese e le donne di cittadinanza non italiana hanno un rischio significativamente maggiore di sviluppare una polmonite da COVID-19.

Non c'è al momento evidenza di un aumentato rischio di aborto, della natimortalità o della morte neonatale in relazione all'infezione materna da COVID-19. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso di natimortalità rilevato in Lombardia (che ha segnalato il 53% dei casi) non presenta differenze con quello rilevato negli stessi mesi del 2019. Non c'è al momento evidenza di effetti teratogeni sul feto. Le evidenze a sostegno di un maggior rischio di iposviluppo fetale non sono conclusive; ad oggi viene considerato un evento possibile. Le gravidanze delle donne con infezione da SARS-CoV-2 sembrano essere associate ad una maggiore frequenza di parto pretermine. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso medio di parto pretermine è stato pari al 14,4%, con un decremento nel periodo di osservazione. Nei mesi di febbraio-marzo 2020, il tasso era pari al 17,5% mentre a luglio-agosto 2020, grazie all'identificazione delle donne asintomatiche al momento del ricovero, il tasso è sceso all'11%. Complessivamente, la maggioranza dei parti pretermine (7,7%) è dovuta a cause iatrogene, il 3,5% alla rottura prematura delle membrane e il 3,2% ad insorgenza spontanea. Il tasso di mortalità peri-

natale, rilevato in Lombardia (che ha segnalato il 59% dei casi), non presenta differenze con quello rilevato nel 2019.

In caso di isolamento presso il proprio domicilio, è importante mantenere una corretta idratazione e praticare una moderata attività fisica. Per le donne COVID-19-positivo, l'infezione da SARS-CoV-2 può essere un fattore di rischio per il tromboembolismo venoso (TEV). Durante la gravidanza, in particolare per donne con infezione sospetta o confermata, è raccomandato valutare il rischio di TEV (di persona o da remoto). La prescrizione della tromboprofilassi in gravidanza va valutata caso per caso. Le donne in gravidanza COVID-19-positivo che abbiano iniziato la tromboprofilassi, devono continuarla fino alla risoluzione della patologia<sup>(9)</sup>. A tutte le donne ricoverate in gravidanza COVID-19-positivo dovrebbe essere offerta la profilassi con eparina a basso peso molecolare, a meno che non sia previsto il parto entro 12 ore. In caso di gravi complicanze da COVID-19 le donne devono essere prese in carico da parte di un *team* multidisciplinare, compreso un esperto di gestione del TEV in gravidanza, per la corretta definizione del dosaggio di eparina a basso peso molecolare. La profilassi per la prevenzione del tromboembolismo venoso dovrebbe essere prescritta di *routine*, salvo nei casi di controindicazione materna, per almeno 10 giorni dopo la dimissione ospedaliera, con eparina a basso peso molecolare. In caso di grave



morbilità, considerare di estenderla fino a 6 settimane dopo il parto. La trombocitopenia è associata ad un quadro severo della patologia COVID-19. Interrompere la terapia con aspirina o altre trombotrofili e richiedere un consulto ematologico nelle donne con trombocitopenia (piastrine inferiori a  $50 \times 10^9/l$ ).

## Travaglio e parto

### Presenza di una persona a scelta della donna

A tutte le donne deve essere garantita la presenza di una persona di propria scelta per tutta la durata del travaglio, del parto e durante la degenza, a sostegno di una migliore esperienza della nascita documentata da evidenze. Tale persona assume a tutti gli effetti ruolo di accompagnatore/curante (*caregiver*) e non di visitatore. Una singola persona, asintomatica, può rimanere accanto alla donna durante il travaglio e il parto, tranne in caso di anestesia generale.

Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 51,9% delle madri ha potuto avere una persona di sua scelta vicino durante il travaglio e il parto. Alla donna che accede al Servizio di maternità deve essere chiesto se lei o la persona di sua scelta abbiano avuto segni e sintomi suggestivi di COVID-19 (febbre, tosse persistente, congestione e secrezione nasale, difficoltà respiratoria, mal di gola, respiro sibilante o starnuti, anosmia o ageusia) nei 14 giorni precedenti. In caso di risposta affermativa, di auto-isolamento in corso o febbre nelle

ultime 48 ore, la persona di sua scelta non può accedere al Servizio e alla donna è consentito di scegliere un'altra persona di fiducia, asintomatica. Una volta accolto, l'accompagnatore deve ricevere istruzioni chiare sulla necessità di rimanere a fianco della donna senza spostarsi all'interno del Reparto/Ospedale, sull'importanza delle misure di precauzione (compreso l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale - DPI) da adottare durante travaglio, parto e degenza e su ciò che potrebbe accadere nel caso gli fosse richiesto di accompagnare la donna in sala operatoria (ad esempio, in caso di taglio cesareo). Questo colloquio iniziale è particolarmente importante date le difficoltà di comunicazione che vive il personale quando indossa i DPI. Diversamente da quanto raccomandato per la persona scelta dalla donna, per i visitatori esterni valgono le regole definite dall'Ospedale. Il loro accesso dovrebbe essere ridotto al minimo nei reparti adibiti alla gestione della patologia da COVID-19.

### Accettazione (*triage*) per le donne positive al COVID-19

Per quanto possibile, è consigliata la permanenza presso il proprio domicilio. In caso di necessità di cure non programmate o urgenti, le Unità di *triage* dovrebbero offrire consulenza telefonica, eventualmente prevedendo un servizio di richiamo nel caso in cui l'operatore preposto non sia disponibile al momento. Quando sia necessaria una visita di valutazione e/o il ricovero, è necessario disporre

di protocolli locali per garantire che le donne con infezione da COVID-19, confermata o sospetta, siano identificate precocemente e isolate all'arrivo al presidio sanitario, per poi procedere alla valutazione della gravidanza. Tali protocolli devono includere indicazioni dettagliate per l'identificazione, in Pronto Soccorso, di spazi dedicati, percorsi puliti e protetti, distanziamento e limitazione di accompagnatori in sala d'attesa; devono prevedere, inoltre, indicazioni per la sanificazione degli ambienti e delle apparecchiature, per l'utilizzo di DPI, sia per la gestante che per il personale, e di istruzioni per l'eventuale ricovero in Reparto e l'assistenza offerta in caso di complicanze e/o sviluppo di condizioni critiche.

### Assistenza al travaglio

In caso di infezione sospetta o certa, per l'assistenza alla donna deve essere allertato un *team* multidisciplinare che includa ginecologo, anestesista-rianimatore, ostetrica, neonatologo, infermiere pediatrico e infettivologo. La decisione della posizione da assumere durante il travaglio è soggetta alle stesse valutazioni del periodo ordinario, non legato all'emergenza COVID-19, tenendo conto delle scelte della donna. L'osservazione e la valutazione della donna devono essere realizzate come d'abitudine con l'aggiunta del controllo della saturazione di ossigeno da effettuare ogni ora, con l'obiettivo di mantenerla oltre il 94%. L'indicazione, il *timing* e le modalità del monitoraggio della frequenza

cardiaca fetale mediante cardiotocografia (CTG) devono essere valutati su base individuale, prendendo in considerazione l'epoca gestazionale e le condizioni fetali. La positività al virus SARS-CoV-2 in donne asintomatiche non costituisce di per sé indicazione per il monitoraggio continuo della frequenza cardiaca fetale tramite CTG. Il *management* dei fluidi richiede un attento monitoraggio orario con l'obiettivo di evitare il rischio di un sovraccarico che potrebbe esporre le donne con quadri clinici moderati o gravi ad un aumentato rischio di sindrome da *distress* respiratorio. L'analgesia epidurale non è controindicata in caso di infezione da SARS-CoV-2 e dovrebbe essere raccomandata per ridurre il ricorso all'anestesia generale nel caso in cui sia necessario ricorrere a un taglio cesareo in urgenza/emergenza. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 31,9% delle donne che hanno partorito per via vaginale ha praticato un'analgesia epidurale. L'induzione del travaglio richiede valutazioni su base individuale, tenendo conto dei possibili rischi e benefici. Il travaglio indotto farmacologicamente, l'accelerazione del parto e l'episiotomia o il parto vaginale operativo devono essere eseguiti non per lo stato di positività al COVID-19, ma solo se clinicamente giustificati e sulla base delle condizioni materne e/o fetali.

## Assistenza al parto

In caso di infezione sospetta o certa, per l'assistenza alla donna deve es-

sere allertato un *team* multidisciplinare che includa ginecologo, anestesista-rianimatore, ostetrica, neonatologo, infermiere pediatrico e infettivologo. Un componente del *team* designato dovrebbe aggiornare regolarmente i familiari della donna sulle sue condizioni cliniche, utilizzando i Servizi di interpretariato quando necessario. In caso di indicazione clinica, la somministrazione di steroidi per la maturazione polmonare fetale è indicata come d'abitudine <34 settimane di gestazione. La positività al COVID-19 non costituisce di per sé un'indicazione al taglio cesareo di elezione, rimanendo valide le indicazioni correnti all'espletamento del parto per via vaginale o chirurgica. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il tasso di tagli cesarei è stato pari al 33,7% in linea con il dato nazionale. La modalità del parto non deve essere influenzata dalla presenza del COVID-19, a meno che le condizioni respiratorie della donna richiedano di espletare il parto con urgenza. La scelta della modalità del parto deve essere discussa con la donna, tenendo in considerazione le sue preferenze e le eventuali indicazioni ostetriche e anestesiologiche. Il travaglio e il parto in acqua non sono raccomandati nelle donne sintomatiche (tosse, febbre, malessere generale) per il rischio ipotetico di trasmissione attraverso le feci e perché i DPI non sono impermeabili. Non è controindicato nelle donne asintomatiche e presunte o confermate SARS-CoV-2-negati-

ve. Chi assiste il parto deve indossare i DPI adeguati. La decisione della posizione da assumere durante il parto è soggetta alle stesse valutazioni del periodo ordinario, non legato all'emergenza COVID-19, tenendo conto delle scelte della donna. Il *management* dei fluidi richiede un attento monitoraggio orario con l'obiettivo di evitare il rischio di un sovraccarico che potrebbe esporre le donne con quadri clinici moderati o gravi a un aumentato rischio di sindrome da *distress* respiratorio. Il clampaggio tardivo del cordone (1-3 minuti) è raccomandato per i noti benefici di salute per la madre e il neonato che superano i rischi teorici e non documentati. La scelta del luogo del parto per le donne COVID-19-negative è soggetta alle stesse valutazioni del periodo ordinario, non legato all'emergenza. Per le donne COVID-19-positive, i Servizi *intrapartum* devono essere dotati di personale sufficiente per erogare assistenza ostetrica, anestesiologica e neonatale d'emergenza qualora necessario. In caso di infezione sospetta o certa, per l'assistenza deve essere allertato un *team* multidisciplinare che includa ginecologo, anestesista-rianimatore, ostetrica, neonatologo, infermiere pediatrico e infettivologo.

## Post-partum, accoglienza del neonato e degenza ospedaliera

### Contatto pelle-a-pelle per le donne positive al COVID-19

Per tutti i neonati il contatto pelle-a-pelle, inclusa la *kangaroo mother*

care (KMC) per i neonati pretermine e di basso peso alla nascita, è raccomandato perché i suoi benefici per la salute del neonato, incluso l'avvio tempestivo dell'allattamento, superano l'ipotetico rischio di trasmissione del virus. Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, solo il 26,6% delle donne ha potuto praticare il contatto pelle-a-pelle. Durante il contatto pelle-a-pelle e la prima poppata in sala parto, vanno seguite le misure di prevenzione previste per i casi di positività al COVID-19.

### Gestione congiunta madre-neonato/neonata e rooming-in Per le donne positive al COVID-19

Le madri COVID-19-positivo e i bambini dovrebbero essere messi nelle condizioni di rimanere insieme, praticare il contatto pelle-a-pelle e il *rooming-in* giorno e notte, soprattutto dopo il parto e durante l'avvio dell'allattamento, tranne in caso di condizioni cliniche materne o neonatali gravi.

Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 72,1% delle donne ha potuto praticare il *rooming-in*. La gestione di madre e bambino deve consentire alla madre di allattare con la frequenza e per tutto il tempo che desidera. Le donne con patologia da COVID-19 sospetta non dovrebbero essere separate dai loro bambini in attesa dei risultati del tampone per SARS-CoV-2. La separazione della mamma dal bambino va valutata

essenzialmente in base alle condizioni cliniche di entrambi, al desiderio della donna e in considerazione delle possibili conseguenze che tale separazione avrebbe sul loro benessere e sull'allattamento. Nel caso in cui la madre non sia in condizioni cliniche tali da potersi occupare del suo bambino, deve essere considerato un altro *family-caregiver*. Se il neonato necessita di cure fornite dalla Terapia Intensiva Neonatale, bisogna garantire alla madre e al padre il libero accesso ad un'area dedicata e separata utilizzando le misure di prevenzione.

### Misure di prevenzione

#### Per i professionisti

In base alle raccomandazioni internazionali, l'assistenza al secondo e terzo stadio del travaglio di parto non è al momento ritenuta una procedura a rischio di generare aerosol. Per i professionisti sanitari che assistono la donna durante il travaglio di parto sono raccomandati i seguenti DPI: mascherine chirurgiche idrorepellenti; camice monouso /grembiule monouso; guanti; occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera. Va ricordato che, secondo quanto indicato dall'Istituto Superiore di Sanità, la decisione circa i DPI da utilizzare: *“deve essere guidata da una valutazione del rischio per SARS-CoV-2 tenendo in considerazione anche la situazione epidemiologica locale, le caratteristiche degli ambienti di lavoro (superfici, cubatura, ricambi d'aria), i tempi e il numero di esposizioni a rischio, la presenza di condizioni di maggiore suscetti-*

*bilità degli operatori coinvolti in assistenza sanitaria e attuazione, in ambito locale, dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, in particolare l'aderenza al principio di precauzione. Alla luce delle conoscenze scientifiche che hanno avviato un dibattito circa la possibilità di una trasmissione dell'infezione per via aerosol (close-range aerosol transmission) durante l'assistenza a pazienti COVID-19, pur in assenza di evidenze incontrovertibili, si ritiene necessario applicare il principio di precauzione e dare maggiore enfasi alla prevenzione del rischio. Pertanto, ove disponibili e sempre secondo una priorità basata sulla valutazione del rischio, adottando il principio di massima cautela, fornire i DPI FFP2 rispetto alle mascherine chirurgiche nell'assistenza senza generazione di aerosol e FFP3 rispetto a FFP2 nelle manovre assistenziali a rischio di generazione di aerosol.”*

Le procedure relative all'assistenza alle vie aeree, come nel caso dell'anestesia generale, includono: l'intubazione, l'estubazione e le procedure correlate come la ventilazione, l'accesso e l'aspirazione delle alte e basse vie respiratorie. Tali procedure sono unanimemente ritenute a rischio di generare aerosol. Per i professionisti sanitari, che eseguono tali procedure in corso di anestesia generale per taglio cesareo, sono raccomandati i seguenti DPI: mascherine FFP3; camice/grembiule monouso idrorepellente; guanti; occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera <sup>(10)</sup>. Ulteriori misure di prevenzione da

rispettare includono il rispetto delle norme sul distanziamento fisico, sia con i colleghi sia con l'utenza. Queste includono il frequente lavaggio delle mani, il consumo dei pasti in aree designate e il rispetto della distanza di 2 m tra colleghi, quando possibile; pulire tutte le attrezzature utilizzate, nel rispetto delle procedure raccomandate; utilizzare i DPI appropriati in funzione del *setting* e delle procedure assistenziali in cui si opera; indossare e rimuovere in maniera sicura i DPI; prendere delle pause e mantenere un'adeguata idratazione.

### Per le donne

Si raccomanda di rispettare scrupolosamente le misure di distanziamento fisico che includono: evitare il contatto con persone che presentino segni e sintomi suggestivi di infezione da COVID-19, come febbre e tosse persistente o di nuova insorgenza; evitare l'uso non indispensabile di mezzi di trasporto pubblico; attivare la modalità di lavoro agile, quando possibile; evitare le occasioni di incontro in ambienti pubblici, specie se al chiuso; evitare incontri con amici e familiari non conviventi, prediligendo contatti in remoto mediante telefono, *internet* e *social media*; utilizzare il telefono o servizi *on-line* per contattare il proprio medico di base o altri Servizi assistenziali essenziali.

### Per le donne COVID-19-positive

Considerare l'utilizzo della mascherina quando si allatta o si entra in

contatto ravvicinato con il bambino; evitare di tossire o starnutire in prossimità del bambino; lavare accuratamente le mani prima di toccare il bambino e/o di spremere il latte (manualmente o meccanicamente); utilizzare un mastosuttore ad uso individuale in caso di spremitura meccanica del latte in ospedale; adottare un'accurata disinfezione delle superfici e degli oggetti una volta rientrati a casa; applicare le misure di isolamento e igiene previste per la popolazione positiva al COVID-19 una volta rientrati a casa, prevedendo una gestione congiunta di madre e bambino; i neonati e i bambini non devono indossare mascherine o altre forme di copertura per il viso a causa del rischio di soffocamento.

### Allattamento

Per le donne COVID-19-positive, nonostante alcuni casi di rilevazione del virus nel latte materno, i benefici dell'allattamento superano ampiamente i potenziali rischi, anche nei Paesi ad alto reddito. Le famiglie dovrebbero essere informate che l'infezione da COVID-19 non è una controindicazione all'allattamento. Al momento, il rischio connesso all'allattamento è legato soprattutto al contatto ravvicinato con la madre, attraverso le goccioline del respiro (*droplet*). I pochi casi di infezione COVID-19 nei bambini avvenuta per trasmissione orizzontale hanno avuto una manifestazione clinica assente o paucisintomatica. Le conseguenze, invece, del mancato allattamento e della separazione tra

madre e figlio possono essere significative. Tutti i lattanti, inclusi quelli le cui madri sono SARS-CoV-2 positive, dovrebbero essere alimentati secondo gli *standard* definiti da WHO/UNICEF, mentre si adottano le necessarie misure di controllo e prevenzione dell'infezione.

È raccomandato *“mettere i neonati in contatto pelle-a-pelle con la madre immediatamente dopo la nascita per almeno un'ora e incoraggiare le madri a comprendere quando il neonato è pronto per poppare, offrendo aiuto se necessario”*.

Restano valide le indicazioni di protezione, promozione e sostegno dell'allattamento sostenute nell'ambito delle iniziative WHO/UNICEF Ospedali&Comunità Amiche dei Bambini e le Cure Amiche delle Madri. Per le donne che non possono avviare l'allattamento entro la prima ora dal parto, ad esempio in caso di anestesia generale o condizioni cliniche instabili, deve essere offerto sostegno per allattare appena possibile. Tutte le madri dovrebbero avere accesso a un sostegno psicosociale e a un supporto pratico per l'avvio, la prosecuzione e la gestione delle comuni difficoltà dell'allattamento da parte di personale sanitario e gruppi di sostegno nella comunità adeguatamente formati. Nelle situazioni in cui il quadro clinico impedisca alla madre di prendersi cura del suo bambino o di proseguire l'allattamento diretto al seno, le madri dovrebbero essere incoraggiate e sostenute per effettuare la spremitura del latte da somministrare in sicu-

rezza al bambino (nel rispetto delle misure di controllo e prevenzione dell'infezione). Lo studio ItOSS ha evidenziato che, durante la prima ondata pandemica, il 79,6% dei neonati ha ricevuto latte materno in modalità complementare, predominante o esclusiva. Nel caso in cui la madre non sia in grado di allattare, le migliori alternative per i neonati e i lattanti, tenendo conto anche delle preferenze materne, sono:

- latte materno spremuto manualmente o meccanicamente e somministrato fresco al bambino, da una persona che non presenti segni o sintomi suggestivi di COVID-19 e con cui il bambino si trova a proprio agio; questa persona deve adottare le misure di prevenzione previste;
- latte umano donato (in particolare per i neonati molto o moderatamente pretermine);
- nel caso in cui il latte materno spremuto o donato non sia disponibile, considerare l'utilizzo della formula sostitutiva per lattanti, verificandone la preparazione corretta e sicura.

In generale, non è necessario lavare il seno prima della poppata o della spremitura. Nel caso in cui la mamma abbia accidentalmente tossito o starnutito sul proprio seno, può lavarlo con acqua tiepida e sapone per almeno 20 secondi prima della poppata. Se una donna non ha avviato o ha sospeso l'allattamento, è sempre possibile riprendere in qualsiasi momento, se lo desidera. In questo caso, deve esserle offerto il soste-

gno da parte di personale qualificato per iniziare l'allattamento o riprenderlo dopo un'interruzione (rilattazione). Il ricorso ai sostituti del latte materno in sostituzione o a complemento dell'allattamento (noti come "aggiunta") non è necessario e va limitato a buone ragioni mediche o a scelta informata da parte della madre. In questi casi è opportuno offrire sostegno qualificato per valutare nel complesso l'allattamento.

È raccomandato utilizzare latte umano spremuto anche per neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale. Per i neonati e i bambini alimentati con formula sostitutiva per lattanti o latte umano spremuto, è necessaria l'applicazione rigorosa delle raccomandazioni relative alla sterilizzazione degli ausili. Non dovrebbero essere promossi i sostituti del latte materno, i biberon, le tettarelle, i succhiotti, i ciucci, né da parte delle strutture e né da parte del personale, secondo quanto stabilito dal Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e le successive risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Salute. Come per tutte le situazioni di emergenza, anche nella pandemia da COVID-19 le donazioni di formule sostitutive per lattanti (note come "latte artificiali") non dovrebbero essere richieste o accettate. Qualora necessario, la fornitura di formula per lattanti dovrà essere garantita sulla base di una valutazione del bisogno, da effettuare caso per caso da parte di personale esperto in allattamento.

## Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento

Le indicazioni ad *interim* su "Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento" pubblicate dall'*Italian Obstetric Surveillance System* (ItOSS) coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, riflettono le informazioni e le raccomandazioni delle principali Agenzie internazionali e prevedono quanto segue: le donne in gravidanza e allattamento non sono state incluse nei *trials* di valutazione dei vaccini Pfizer-BioNTech mRNA BNT162b2 (Comirnaty) e COVID-19 Vaccine Moderna mRNA -1273 (Spikevax) e del vaccino AstraZeneca, per cui non disponiamo di dati di sicurezza ed efficacia relativi a queste persone. Gli studi condotti finora non hanno evidenziato né suggerito meccanismi biologici che possano associare i vaccini a mRNA e il vaccino con adenovirus modificato ad effetti avversi in gravidanza e le evidenze di laboratorio su animali suggeriscono l'assenza di rischio da vaccinazione. Al momento, le donne in gravidanza e allattamento non sono un *target* prioritario dell'offerta di vaccinazione contro il COVID-19 che, ad oggi, non è raccomandata di *routine* per queste persone.

Dai dati dello studio ItOSS, relativi alla prima ondata pandemica in Italia, emerge che le donne in gravidanza presentano un rischio basso di gravi esiti materni e perinatali e che le comorbidità pregresse (ipertensione, obesità) e la cittadinanza

non italiana sono significativamente associate a un maggior rischio di complicanze gravi da COVID-19. La vaccinazione dovrebbe essere presa in considerazione per le donne in gravidanza che sono ad alto rischio di esposizione al virus (ad esempio, operatrici sanitarie, *caregivers*) e/o di complicazioni gravi da COVID-19. Le donne in queste condizioni devono valutare, con i sanitari che le assistono, i potenziali benefici e i rischi della vaccinazione e la scelta deve essere fatta caso per caso. Se una donna vaccinata scopre di essere in gravidanza subito dopo la vaccinazione, non c'è evidenza in favore dell'interruzione della gravidanza.

Se una donna scopre di essere in gravidanza tra la prima e la seconda dose del vaccino, può rimandare la seconda dose dopo la conclusione della gravidanza, eccezion fatta per i soggetti ad alto rischio. Le donne che allattano possono essere incluse nell'offerta vaccinale senza necessità di interrompere l'allattamento.

Considerati i sostanziali benefici per la salute delle donne che allattano e per i loro bambini allattati, l'OMS riporta che si considera che l'efficacia del vaccino nelle donne che allattano sia simile a quella degli altri adulti. Tuttavia, non ci sono dati sulla sicurezza dei vaccini COVID-19 nelle donne che allattano o sugli effetti dei vaccini a mRNA sui bambini allattati. Poiché i vaccini a mRNA non contengono il virus e l'mRNA non entra nel nucleo della cellula e si degrada rapidamente, è biologicamente e clinicamente improbabile che

rappresenti un rischio per il bambino allattato. Sulla base di queste considerazioni, a una donna che allatta e che fa parte di un gruppo raccomandato per la vaccinazione, come ad esempio le professioniste sanitarie, dovrebbe essere offerta la vaccinazione analogamente a quanto avviene per gli altri professionisti sanitari. È sconsigliata l'interruzione dell'allattamento dopo la vaccinazione<sup>(11)</sup>. L'OMS, così come Agenzie regolatorie internazionali e nazionali, raccomanda inoltre che sia promossa la ricerca *post-marketing* sull'efficacia e la sicurezza del vaccino nel tempo e le attività di farmacovigilanza, nonché la valutazione dell'impatto della vaccinazione materna sui bambini allattati.

### **Modelli organizzativi integrati Ospedale-Territorio**

L'integrazione tra Servizi territoriali e ospedalieri è parte essenziale dell'assistenza al Percorso Nascita. I servizi in gravidanza e nel dopo parto dovrebbero essere offerti attivamente tenendo conto delle esigenze di continuità assistenziale e di supporto e prevedendo la tempestiva presa in carico da parte dell'ostetrica dei Servizi territoriali (Consultori Familiari), dei pediatri di libera scelta e dei gruppi di sostegno nella comunità durante la gravidanza e dopo la dimissione ospedaliera.

Alla dimissione è necessario garantire informazioni aggiornate sulla rete dei servizi disponibili. Nel Percorso Nascita la rete di sostegno è

costituita anche da soggetti non sanitari a supporto dei neogenitori, come ad esempio Enti, Associazioni, gruppi locali afferenti al terzo settore, Servizi sociali che contribuiscono alla promozione della salute e al contrasto alle disuguaglianze. I Servizi ostetrici devono organizzarsi per garantire la presenza di una persona a scelta della donna anche durante i controlli in gravidanza e nel dopo parto. Particolare attenzione deve essere rivolta alle gestanti in situazione di potenziale vulnerabilità, come ad esempio le gestanti straniere con difficoltà linguistica. Le donne dovrebbero essere incoraggiate ad accedere ai Servizi in presenza per le prestazioni che lo richiedono, rispettando le misure di prevenzione e di distanziamento fisico. È importante garantire l'accesso alle informazioni prenatali e post-natali, individuali e di gruppo, ad esempio attraverso gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN) e i gruppi dopo parto, considerando anche le modalità *on-line*. I Servizi sanitari dovrebbero adottare sistemi di teleconferenza (TCF) e utilizzarli per gli incontri che non richiedono un'interazione diretta. Tali strumenti dovranno essere conformi alla normativa per la gestione e trattamento dei dati. Le donne in situazione di potenziale vulnerabilità (socio-economica, violenza domestica, abuso di sostanze, situazione abitativa precaria, *status* di richiedente asilo, disagio mentale) devono ricevere un supporto tempestivo, continuo e adeguato alla propria condizione.

## Indicazioni per i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica e Servizi territoriali dedicati alla gestione dei casi e dei contatti

Qualora i Servizi dedicati alla gestione dei casi e dei contatti prendano in carico una donna in gravidanza, una puerpera o una donna allattante, possono fare riferimento alle indicazioni del presente documento, secondo un modello organizzativo integrato Ospedale-Territorio, relativamente a:

- proseguire la gestione congiunta della diade madre-bambino, evitando la separazione anche in caso di sola positività della madre o del bambino/bambina;
- promuovere la presenza del padre, considerato a tutti gli effetti un curante;
- favorire il ricongiungimento dei nuclei familiari in caso di separazione temporanea (ad esempio, ricovero in Terapia Intensiva Neonatale).

## Supporto psico-sociale Benessere psicologico

La pandemia ha comportato un aumento dello stato di ansia nella popolazione generale e nelle donne in gravidanza, che si trovano a vivere in un periodo di incertezza che può avere ricadute sul benessere e la salute mentale in epoca perinatale, in particolare rispetto a:

- patologia da COVID-19;
- isolamento sociale e conseguente riduzione del supporto da parte della rete di relazioni familiari e amicali;

- potenziale incertezza economica;
- cambiamenti nell'offerta assistenziale e nella presa in carico da parte del sistema sanitario: ad esempio, il passaggio dagli incontri in presenza al contatto telefonico o da remoto, lo spostamento di alcuni appuntamenti, la presenza non sempre garantita di una persona di fiducia (ad esempio, durante le visite di controllo).

Nel Percorso Nascita, la rete di sostegno è uno dei determinanti positivi di salute e benessere ed elemento di contrasto alle disuguaglianze. Oltre ai Servizi sanitari, le Associazioni e i gruppi locali offrono supporto individuale in presenza o per videoconferenza. Gli incontri di gruppo prima e dopo la nascita, al momento, si tengono in videoconferenza. A tutte le donne in gravidanza e dopo il parto, che lo richiedano, dovrebbe essere offerto un supporto per il benessere psicologico e la presa in carico da parte della rete territoriale dei Servizi. I professionisti che assistono la donna in gravidanza devono prestare attenzione, nel corso degli incontri, a rilevare condizioni di disagio psico-sociale, utilizzando le abilità di ascolto attivo e offrendo sostegno, se necessario. Nel caso in cui il professionista riscontrasse un disturbo mentale nel corso della gravidanza o dopo il parto, dopo averne parlato con la donna e con il medico di famiglia deve pianificare una consultazione con uno specialista. Le madri, i padri e i *caregivers* che fossero separati dai propri bambini piccoli dovrebbero avere accesso

a personale, sanitario e non, formato sulla salute mentale e sul supporto psicologico. I Servizi devono garantire un'assistenza al lutto perinatale di elevata qualità, anche durante la pandemia, fornendo tutte le cure adeguate, *intrapartum* e post-natali, le indagini e gli appuntamenti necessari. È cruciale individuare le persone in situazione di bisogno e provvedere ad un appropriato supporto per la promozione della salute mentale, in modalità virtuale o, qualora possibile, in presenza.

## Presa in carico della violenza domestica

La pandemia ha aumentato il rischio di violenza domestica. I Servizi sanitari devono effettuare una tempestiva ed adeguata presa in carico delle donne o dei minori vittime di violenza, attraverso la propria rete territoriale e ospedaliera. La presa in carico è attuata in conformità alle linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio sanitaria alle donne vittime di violenza. Le case rifugio e i Centri anti-violenza sono aperti anche nell'emergenza e offrono supporto ed assistenza.

## Numeri da contattare e App disponibili

- **Numero rosa 1522:** anti-violenza e anti-*stalking*, fornisce assistenza e supporto 24 ore su 24
- **App 1522:** disponibile su *iOS* e *Android*, consente alle donne di chattare con le operatrici e chiedere aiuto e informazioni in sicurezza,

senza correre il rischio ulteriore di essere ascoltate dai loro aggressori

- **App “Youpol”:** Realizzata dalla Polizia di Stato per segnalare episodi di spaccio e bullismo, l’App è stata estesa anche ai reati di violenza che si consumano tra le mura domestiche
- **Centri anti-violenza:** la mappa dei Centri è disponibile sul sito del Dipartimento delle Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio
- **Consultori familiari:** la mappa è disponibile sul sito del Ministero della Salute.

## I piccolissimi di 0-2 anni nella pandemia

Le evidenze scientifiche al momento disponibili indicano che nei bambini l’infezione da SARS-CoV-2 si manifesta con quadri clinici molto meno severi rispetto agli adulti. I bambini hanno infatti in generale una buona prognosi e la letalità è decisamente inferiore rispetto all’adulto. Nonostante il rischio ridotto e la buona prognosi per i bambini, è importante sostenere tutte le attività volte al mantenimento della salute e al benessere dei piccolissimi che, per effetto della pandemia, sono soggetti alle misure di prevenzione, al distanziamento fisico e all’isolamento sociale. La *nurturing care* è quell’insieme di condizioni che assicurano ai bambini buono stato di salute, alimentazione adeguata, genitorialità responsiva, opportunità di apprendimento precoce, protezione e sicurezza. “Nutrire i bambini” significa non solo assicurare loro la nutrizio-

ne, ma anche la sicurezza e la salute, prestare attenzione e rispondere ai loro bisogni e interessi, incoraggiarli ad esplorare l’ambiente e interagire con i *caregivers* e la comunità. È importante sostenere la capacità dei *caregivers* di fornire una *nurturing care* adeguata, in una situazione in cui l’accesso ai Servizi di salute, istruzione e protezione sociale può essere limitata. È, inoltre, necessario garantire e rafforzare i servizi formali e di supporto ai neonati e ai bambini piccoli affetti da disabilità e problemi di neurosviluppo e a genitori e *caregivers*, specialmente a livello di cure primarie e di comunità. Genitori e *caregivers* sono maggiormente in grado di fornire queste cure quando sono in situazioni di sicurezza emotiva, economica e sociale. Devono essere sostenuti affinché partecipino alle reti sociali e deve essere promosso e riconosciuto il loro ruolo nella vita e nella cura dei bambini.

Anche nel contesto caotico e rapidamente mutevole dell’emergenza COVID-19, i principi della *nurturing care* trovano la loro applicazione; nello specifico:

- avere un approccio olistico e integrato alle famiglie e ai bambini;
- ristabilire la sicurezza e la *routine* quanto prima possibile, offrendo programmi di apprendimento precoce, reti di supporto e altri servizi alle famiglie;
- ricostruire il capitale sociale delle comunità, prestando attenzione alle coesioni sociali e incoraggiando relazioni positive tra le diverse componenti della comunità;

- condurre attività di ricerca sulla *nurturing care*, tenendo conto delle culture e dei contesti.

Relativamente ai piccolissimi di 0-2 anni dev’essere garantita, da parte dei Servizi sanitari e sociali, l’offerta di assistenza e supporto a genitori e *caregivers* attraverso strumenti a distanza; il sostegno ai genitori nei primi anni può infatti avere un effetto duraturo sulla salute, sullo sviluppo cognitivo e socio-emotivo dei bambini. È necessario sostenere l’offerta continua di servizi educativi per la prima infanzia accessibili e di qualità, che consentano ai genitori di tornare al lavoro offrendo, contestualmente, opportunità di crescita e apprendimento ai lattanti e ai bambini piccoli.

Questa esaustiva *survey* dell’ISS riporta la realtà della gravidanza esposta in tutto il suo evolvere e con indicazioni esaustive ed allargate a famiglia ed operatori sanitari.

Vorrei ora proporre un altro interessante studio che guarda all’impatto emotivo della gravidanza esposta.

Il *COVID Mothers Study* è uno studio internazionale rivolto alle madri che hanno contratto l’infezione da SARS-CoV-2 responsabile del COVID-19, a cui è stato chiesto di rispondere - tramite compilazione di un questionario - ad alcune domande sulle esperienze di maternità.

Le domande poste sono state 7:

- C’è stata separazione dal bambino alla nascita?
- Le è stato permesso di avere un contatto pelle-a-pelle nella prima ora dopo il parto?



- Le è stato permesso di allattare direttamente al seno il suo bambino?
- Le è stato proposto il lavaggio del seno?
- Ha avuto difficoltà ad allattare?
- Il suo bambino è risultato positivo all'infezione da COVID?
- In tal caso, quale è stato il decorso della malattia del bambino?

Il questionario contiene anche domande sull'impatto psicologico della separazione dal bambino, utili a determinare l'eventuale effetto di questa pratica.

Il questionario si basa sulla piattaforma *Qualtrics* gestita dall'*Harvard Medical School*. Lo studio è anonimo e alle intervistate non è stata chiesta alcuna informazione identificativa (inclusi gli indirizzi IP o informazioni demografiche). Per ottemperare alla normativa sulla *privacy* dei diversi Paesi coinvolti, alle partecipanti è stato chiesto solo il Paese di residenza.

Lo studio è stato condotto tra aprile e settembre 2020. Allo studio hanno partecipato ricercatrici e ricercatori di diverse Istituzioni, Università, iniziative e Organizzazioni *no profit*, tra cui la *Harvard Medical School* di Boston (USA), la *Cooper University Health Care* di Camden (USA), l'Università Cattolica del Cile a Santiago, l'Istituto Superiore di Sanità di Roma e l'iniziativa *Baby-Friendly Hospital&Community* di UNICEF Italia. Negli Stati Uniti, collabora anche l'organizzazione *BabyCafé USA*, che offre oltre 150 gruppi di sostegno all'allattamento gratuiti. Infine, il *COVID Mothers Study* è stato

oggetto di approvazione da parte dell'*Institution Review Board* (IRB) e del Comitato Etico dell'Università di Harvard.

### I primi dati sullo studio

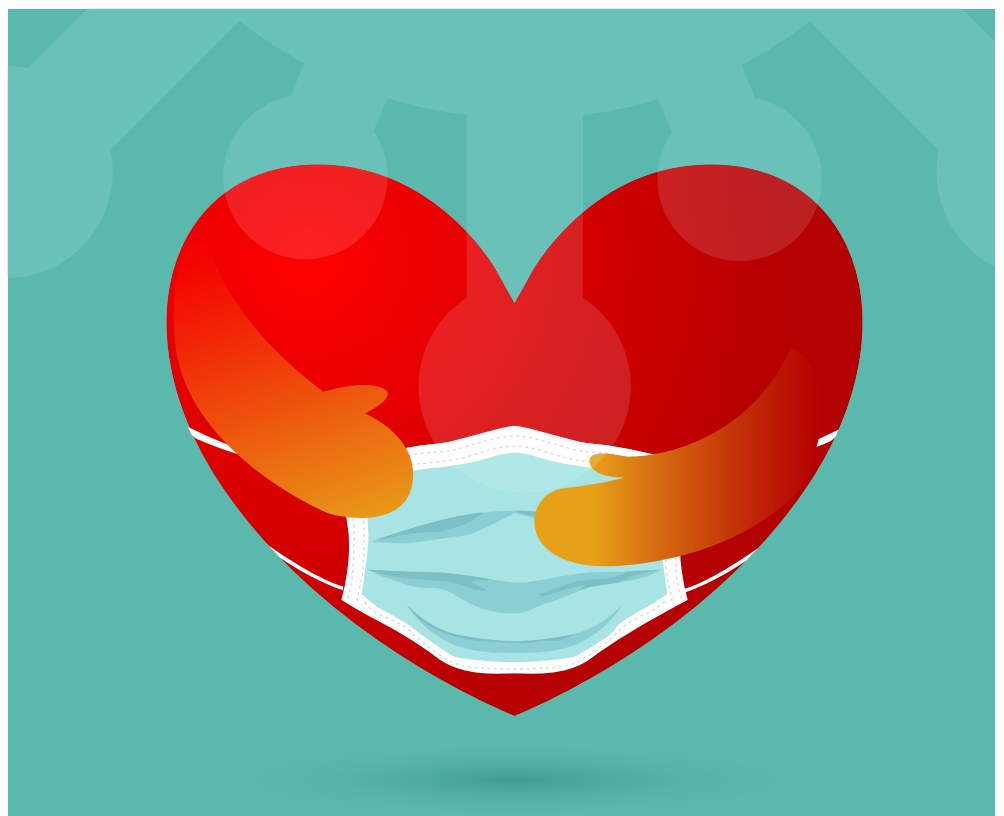
Di seguito, si riportano i primi dati scaturiti dallo studio:

- quasi il 60% delle madri COVID-19-positivo, che sono state separate dai loro neonati, hanno riferito di essersi sentite molto angosciate e, una volta riunite ai piccoli, il 29% non è stata in grado di allattare, nonostante innumerevoli tentativi;
- fra i bambini allattati le cui mamme COVID-19-positivo hanno praticato il contatto pelle-a-pelle e il *rooming-in*, è stato riscontrato un rischio ridotto, non significativo, di ospedalizzazione;

- solo il 7,4% dei neonati con più di tre giorni è risultato a sua volta positivo.

Abbiamo inteso estendere il nostro interesse alle gravidanze esposte in genere, perché di fatto nessuna paziente del nostro Centro in questo biennio ha di fatto intrapreso una gravidanza, né pazienti positive al COVID-19 sono risultate incinte. Nel nostro Centro, sostanzialmente, nessuna paziente in trattamento ha intrapreso una gravidanza durante il *lockdown* o in fase più recente; sono state riportate due interruzioni volontarie molto precoci, peraltro non condivise con il curante ed a prescindere da motivazione mediche.

Abbiamo avuto invece tre gravidanze da *partner* affetto ed in trattamento. Tutte andate a buon fine e, soprattutto, vissute bene.



# sclerosi Multipla e COVID-19: a che punto siamo?

## Conclusioni

L'era COVID-19 ha uniformato le strategie clinico-assistenziali dei Centri SM italiani ed europei al fine di rendere più veloce se non l'ottimizzazione, almeno la sicurezza del paziente con sclerosi multipla in trattamento. Questo lo abbiamo realizzato con una autonomia che ha preceduto le evidenze e che ha premiato la nostra esperienza e passione. Un dato significativo, che merita di essere sottolineato, riguarda la *safety* e l'efficienza biologica di cladribina. I pazienti trattati hanno mantenuto un ottimo controllo biologico della malattia e nessuno si è ammalato di COVID.

Per quanto concerne la dimensione genitorialità, se ne è certamente parlato; in alcuni casi è stata anche pianificata una strategia terapeutica permissiva e abbiamo attivato il nostro Centro Fertilità, ma nessun concepimento pianificato si è di fatto realizzato. Sono andate invece a buon fine tre gravidanze non attese da giovani pazienti, due di queste in terapia di prima linea, la terza in temporaneo *wash-out* per *shift* a seconda linea. Queste ragazze, confidenti e serene, hanno evidentemente vissuto in maniera sicura la loro potenziale genitorialità che di fatto da poco, ancora in era COVID-19, si è brillantemente realizzata.

Di fatto il COVID fa paura, e lo fa in tanti modi, anche subdoli. Pochi mesi fa pensavamo al *lockdown* come alla riscoperta dell'intimità.

Ma di fatto non è così. Il *lockdown* per molte giovani coppie ha significato perdere la sicurezza lavorativa, perdere il sociale, chiudersi, anziché aprirsi al privato. E poi la gestione del neonato. Sicuramente più difficile di prima: I nonni ci sono (spera-

bilmente) ma..., la *babysitter* sì. Ma... Quanti "Ma" ancora nel quotidiano di tutti pazienti e curanti, ricercatori e politici. Troppi "Ma...". Non ci siamo ancora riappropriati della vita, non ci siamo riappropriati del futuro. Ma non è mai troppo tardi.

## Gravidanza e sclerosi multipla

Convegno

Sabato  
2 aprile 2011  
ore 9,30

SALA PIO LA TORRE  
Via Giotto 14  
50032 BORGO SAN LORENZO

Per informazioni:  
Nello 3205777580  
Caterina 3394228476  
aismfi.mugello@virgilio.it

"La sclerosi multipla è una patologia cronica, invalidante e imprevedibile, una delle più gravi del sistema nervoso centrale.

Colpisce soprattutto i giovani e ha inizio perlopiù tra i 20 e i 30 anni, il periodo della vita, più ricco di progetti: studio, lavoro, famiglia, figli, relazioni sociali.

Colpisce principalmente le donne, con un rapporto 2:1 rispetto agli uomini. "

**SCLE  
ROSI  
MULT  
IPLA**  
associazione  
italiana

un mondo  
libero dalla SM

PROMOSSO E ORGANIZZATO  
AISM SEZ. PROV.LE FIRENZE  
Via Rocca Tedalda 273 Firenze  
055 691033 aismfi@virgilio.it  
www.aism.it/firenze  
GRUPPO OPERATIVO MUGELLO  
aismfi.mugello@virgilio.it  
GRUPPO OPERATIVO EMPOLESE  
aism.empoli@gmail.com  
INFOPPOINT AISM CENTRI CLINICI SM  
infopoint.firenze@aism.it

### PROGRAMMA

Ore 9,30

#### Saluto Autorità e ringraziamenti

(Maria Cristina Badia, Presidente prov.le AISM Firenze)

#### Presentazione piano 2011 del Gruppo Operativo AISM del Mugello

(Federica Terzuoli, area manager Toscana, Sede Naz.le AISM)

Ore 10,15

#### ASPETTI NEUROLOGICI E GINECOLOGICI

(Dr. Portaccio, Centro SM, neurologia I Careggi)

(Prof. Massacesi e Dr.ssa Vuolo, Centro SM, neurologia II, Careggi)  
(Dr. Fedi, Dr.ssa Becchi, Dr. Lucchetti, Dr.ssa Mie, Dr.ssa Nasto, Ginecologia e Ostetricia, Ospedale di Borgo San Lorenzo)

**Fertilità e SM:** quale il ruolo della SM e delle terapie?  
**Rischi per il bambino:** fattori di rischio propri della gravidanza e quelli legati alla SM

**Buone prassi** per una gravidanza oltre la SM

**Il parto:** specificità per la donna con SM?

**Allattamento e SM:** chiarezze dalla ricerca scientifica

12,00 TESTIMONIANZA

#### Esperienza di una giovane madre con SM

(Caterina Vignini, volontaria AISM, GO Mugello)

12,15 COFFEE BREAK

12,30 ASPETTI PSICOLOGICI

(Dr.ssa Tilli e Dr.ssa Caracciolo, psicologhe, AISM Sez. Firenze)

(Dr.ssa Goretti, psicologa, Centro SM, neurologia I, Careggi)

**L'imprevedibilità della SM:** come viverla?

**Il Corpo che cambia:** convivere con la SM

**Essere genitori:** spiegare la SM al proprio bambino

Entro le 14,00 CONCLUSIONE



PATROCINIO DEL COMUNE DI BORGO SAN LORENZO

E

PATROCINIO DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE MUGELLO

## Bibliografia

1. Multiple Sclerosis International federation. MS, the coronavirus and vaccines – updated global advice. Available at: <https://www.msif.org/news/2020/02/10/the-coronavirus-and-ms-what-you-need-to-know/>. Accessed June 19, 2020.
2. Brownlee W, Bourdette D, Broadley S, et al. Treating multiple sclerosis and neuromyelitis optica spectrum disorders during the COVID-19 pandemic. *Neurology*. 2020;94(22):949-52.
3. Giovannoni G, Hawkes C, Lechner-Scott J, et al. The COVID-19 pandemic and the use of MS disease-modifying therapies. *Mult Scler Relat Disord*. 2020;39:102073.
4. Louapre C, Collongues N, Stankoff B, et al. Clinical characteristics and outcomes in patients with Coronavirus disease 2019 and multiple sclerosis. *JAMA Neurol*. 2020;77(9):1079-88.
5. Sormani MP, De Rossi N, Schiavetti I, et al; Musc-19 Study Group. Disease-modifying therapies and coronavirus disease 2019 severity in multiple sclerosis. *Ann Neurol*. 2021;89(4):780-9.
6. REDONE.br – Neuroimmunology Brazilian Study Group Focused on COVID-19 and MS. Incidence and clinical outcome of Coronavirus disease 2019 in a cohort of 11,560 Brazilian patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2021;1352458520978354.
7. Jack D, Nolting A, Galazka A. Favorable outcomes after COVID-19 infection in multiple sclerosis patients treated with cladribine tablets. *Mult Scler Relat Disord*. 2020;46:102469.
8. Yan H, Ding Y, Guo W. Mental health of pregnant and postpartum women during the Coronavirus disease 2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2020;11:617001.
9. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline no. 37a. London, 2015. Available at: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf>.
10. Gruppo di lavoro ISS - Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2). Available at: [https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2\\_+Protezioni+REV+2.pdf/318ebe4a-6b1e-dc6e-fa19-434658a92df3?t=1589836417348](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2_+Protezioni+REV+2.pdf/318ebe4a-6b1e-dc6e-fa19-434658a92df3?t=1589836417348).
11. EpiCentro ISS. L'epidemiologia nella Sanità pubblica. Vaccinazione contro il COVID-19 in gravidanza e allattamento. Available at: <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-target-gravidanza-allattamento>.

### Segreteria Organizzativa



MediMay Communication Srl  
Via G. Antonelli, 47  
00197 Roma  
e-mail: [info@medimay.it](mailto:info@medimay.it)

### Provider



MAPY Consulenza & Servizi Sas  
Viale G. Matteotti, 1 – 50121 Firenze  
e-mail: [info@mapyformazione.it](mailto:info@mapyformazione.it)  
Tel. 055 2342566, Fax 055 4641420

Con il supporto non condizionante di

