

07

EMORRAGIA POST PARTUM

Un ventaglio di azioni per ridurre la morbilità e la mortalità materna

“ Negli ultimi anni abbiamo lavorato molto per migliorare gli standard assistenziali alle pazienti emorragiche, anche attraverso la simulazione di scenari clinici che permettessero un’adeguata formazione degli operatori e il mantenimento nel tempo di quanto appreso



Fabio Sirimarco
Napoli

L’EMORRAGIA POST PARTUM rappresenta tuttora la prima causa di morte materna in Italia, seguita dai disordini ipertensivi e dal tromboembolismo venoso.

Come accade in altri aspetti della vita di tutti i giorni, anche nel tasso di mortalità materna osserviamo immancabili differenze tra le diverse strutture sanitarie, a testimonianza che c’è ancora molto da fare per migliorare la sicurezza dei nostri punti nascita e far sì che l’assistenza prestata in corso di emorragia sia “tempestiva e qualificata”. Eppure negli ultimi anni abbiamo lavorato molto per migliorare gli standard assistenziali alle pazienti emorragiche, anche attraverso la simulazione di scenari clinici che permettessero un’adeguata formazione degli operatori e il mantenimento nel tempo di quanto appreso.

Abbiamo diffuso la conoscenza sull’uso dei cateteri da tamponamento uterino che sono un presidio imprescindibile in caso di emorragia post partum di tipo atonico, abbiamo insegnato a confezionare le suture uterine emostatiche, stiamo con fatica sensibilizzando i colleghi ginecologi a ridurre il numero dei tagli cesarei e a studiare con attenzione la localizzazione placentare nelle pazienti con pregressa cicatrice isterotomica, affinché quelle con impianto placentare anomalo vengano tempestivamente inviate ai centri di riferimento. L’Istituto Superiore di Sanità ha fatto un gran lavoro. È stato costituito l’Itoss, il **Sistema di Sorveglianza Ostetrica Italiano** che, attraverso la raccolta dei dati sulla mortalità materna e sui “near miss” ci permette di capire se ci stiamo muovendo nella giusta direzione. Lo scorso ottobre sono state pubblicate le **Linee Guida Italiane sull’emorragia post partum** che contengono anche informazioni per le donne vittime di emorragia.

Cosa possiamo fare ancora per ridurre la morbilità e la mortalità materna da emorragia post partum? Sarà sicuramente utile continuare a parlare nei nostri Congressi. Ai massimi livelli, introducendo tempestivamente nella pratica clinica tutte le innovazioni tecniche e farmacologiche che possono contribuire a salvare le donne e a ridurre il numero di isterectomie. A livello regionale e locale, per formare e informare costantemente i ginecologi e le ostetriche.

Bisognerà ulteriormente migliorare l’organizzazione dei punti nascita, attraverso la creazione di protocolli locali per l’urgenza con simulazioni periodiche di scenari clinici che prevedano il coinvolgimento di tutto il personale del reparto. **Infine, sarà sicuramente necessario migliorare l’informazione alle donne**, dare il giusto peso alla gravidanza e all’evento nascita, senza spaventare ma senza sminuirne i rischi. Informare attraverso i media tradizionali che il taglio cesareo, l’obesità, la Pma, la gravidanza in età avanzata, sono tutti fattori che aumentano il rischio ostetrico in assoluto, e in particolare il rischio emorragico, potrà consentire alle donne di fare scelte più consapevoli.

08

SALUTE E DISCRIMINAZIONE

Perché riparlare di Medicina di genere

L’organismo femminile presenta delle complessità che rendono qualsiasi studio, clinico o farmacologico, molto più costoso e difficile da realizzare. E questo è il motivo che ha portato fino ad oggi ad una semplificazione che ha di fatto discriminato il sesso femminile



Valeria Dubini
Firenze

CHE LA MEDICINA DI GENERE non sia “la medicina delle donne” è ormai consapevolezza comune: abbiamo infatti compreso da tempo che la medicina di genere rappresenta una sfida futura perché rappresenta la valorizzazione “delle differenze” uomo/donna, bambino/adulto e così via. Ma allora perché come ginecologi dovremmo occuparcene? La risposta sta nel fatto che come “medici delle donne” siamo gli interlocutori ideali per una medicina “gender sensitive” che restituisca alle nostre assistite quella specificità che molti studi farmacologici e clinici non hanno fino ad ora considerato. Così come in passato è accaduto per i bambini, che la medicina scoprì improvvisamente non essere dei “piccoli adulti” ma individui con caratteristiche anatomiche e fisiologiche del tutto differenti, si mette in evidenza oggi come studi eseguiti solo sul sesso maschile abbiano difficoltà ad essere semplicemente trasposti dando per buoni i risultati anche nel sesso femminile.

Sappiamo bene che l’organismo femminile presenta delle complessità che rendono qualsiasi studio, clinico o farmacologico, molto più costoso e difficile da realizzare. E sappiamo bene che è questo il motivo che ha portato fino ad oggi ad una semplificazione che ha di fatto discriminato il sesso femminile.

Abbiamo capito che l’identità del corpo femminile non può essere affermata solo per differenza rispetto all’identità maschile, ma abbiamo altresì capito che una valorizzazione delle “differenze” deve tenere conto di molteplici fattori che condizionano la salute dell’individuo: assieme ai fattori biologici, si deve considerare la complessa interazione di più fattori ascrivibili alla posizione socio-economica, al grado di istruzione, al livello professionale e all’appartenenza di genere.

Ed è l’Oms che ci dice che in tutto il mondo le donne vivono in condizioni di minore vantaggio rispetto agli uomini e che ciò si riflette sulle loro condizioni di salute definite più scadenti per minore risorse, minore occupazione, minori livelli occupazionali, più carico di lavoro e più violenza degli uomini.

E allora un’altra risposta alla domanda del perché i ginecologi devono appropriarsi di una cultura di genere è data dalla consapevolezza che nella nostra professione spesso veniamo a conoscenza di fattori ambientali, relazionali, e non solo di salute delle nostre assistite, e possiamo dunque proporci come “registi” in grado di orientar-

le verso specifici percorsi quando se ne ravvisi o se ne possa prevedere la necessità.

Come ginecologi incontriamo le donne in tanti momenti della loro vita in cui è possibile individuare fattori di rischio per patologie che potranno estrinsecarsi in futuro: molti dei cambiamenti ai quali siamo chiamati ad assistere (dalla pubertà alla gravidanza fino alla menopausa) sono condizionati da variazioni ormonali che possono rappresentare una sorta di “trigger point” in grado di mettere in evidenza punti di debolezza che potranno poi portare a future patologie e che possono essere intercettati precocemente consentendo una vera prevenzione.

Si pensi solo alla gravidanza e alla “prova da stress” che essa rappresenta: molta letteratura sta mettendo in evidenza come non solo il diabete può condizionare la salute futura della donna, ma anche il ritardo di crescita o il parto pretermine, patologie ostetriche che più spesso si associano a rischio cardiovascolare.

È un po’ come se i ginecologi avessero in mano una sfera di cristallo che può predire il futuro e debbano solo imparare a indossare le “lenti” giuste del genere che ne consentono una lettura agevole e senza difficoltà.

La nostra Associazione ha capito da subito quanto questa nuova branca della medicina fosse importante per la nostra professione: ed oggi che tutte le specialità iniziano a parlare in termini di genere è certamente il momento di essere presenti sviluppando ricerca clinica e promuovendo cultura.

È anche il momento di proporre azioni concrete come l’istituzione di **ambulatori per il post partum** a cui possano afferire donne che abbiano avuto una gravidanza patologica e che necessitino di essere indirizzate successivi percorsi multidisciplinari di salute e prevenzione.

