

Benedetto Fucci

“Ecco cosa può fare il Parlamento per migliorare il percorso nascita”

Rispetto a casi drammatici come quello delle donne morte in gravidanza nei giorni scorsi in diversi ospedali italiani ogni genere di polemica o di presa di posizione effettuata senza avere una piena conoscenza dei casi in questione sarebbe del tutto inopportuna. Per questo, nel commentare quanto avvenuto, è necessario attenersi scrupolosamente a quanto finora emerso nelle analisi effettuate dagli ispettori del Ministero della Salute. Ancor più importante sarà conoscere le conclusioni finali dell'inchiesta ministeriale; e lo sarà non solo per fare definitiva luce sui casi verificatisi a San Bonifacio, Bassano del Grappa, Torino e Brescia, ma anche per poter avere un quadro più chiaro di quali siano le virtù e i difetti del percorso nascita in Italia, per di più in un momento nel quale i temi fondamentali della gestione del rischio clinico e della responsabilità professionale degli operatori sanitari, in un'ottica più generale, e della rivisitazione della rete dei punti nascita, in un'ottica più specifica, sono di piena attualità.

Ho letto con attenzione e interesse molte delle posizioni che negli ultimi giorni, per esempio da parte di alcune categorie professionali come quelle degli anestesisti e delle ostetriche, sono state espresse in relazione ai recenti fatti di cronaca. Da esse emerge come da un lato la sanità italiana, pur con situazioni di difficoltà e di non omogeneità sull'intero territorio nazionale, sia di livello altissimo nel panorama internazionale; ma anche come, su un altro piano, in ambiti come quello del percorso nascita ci sia la necessità di implementare interventi migliorativi.

Sono proprio questi i temi su cui il Legislatore può e deve intervenire, ancor più oggi nel contesto sopra descritto in cui i già citati temi del rischio clinico e della responsabilità professionale sono al centro del disegno di legge vicino alla prima approvazione della Camera. Un'occasione può essere il probabile avvio dell'esame, frutto di una proposta da me effettuata nell'ufficio di presidenza della Commissione Affari Sociali della Camera, del mio e di altri disegni di legge sulla promozione del parto fisiologico depositati dall'inizio della legislatura. **L'assunto di partenza del disegno di legge da me presentato** è che le indagini condotte a livello nazionale mostrano come il rischio di nati-mortalità si sia quasi dimezzato rispetto ai valori dei primi anni Ottanta. La maggior parte delle donne entra in contatto con un operatore sanitario nei tempi raccomandati e riceve assistenza prenatale; la totalità dei parti è assistita da un operatore sanitario; tra le donne che decidono di avere un figlio in una fase avanzata della vita si registrano un più elevato livello di informazione sulla gravidanza e sul momento del parto. Nondimeno gli stessi fattori sono alla base di un'eccessiva me-



dicalizzazione e di un sovrautilizzo delle prestazioni diagnostiche, che rischiano di trasformare gravidanza e parto da eventi naturali in eventi patologici. Sempre nella Commissione Affari Sociali ho proposto che venga discussa una mia risoluzione sulla **definitiva implementazione del percorso di riforma dei punti nascita, oggi solo parzialmente in atto**. La risoluzione propone al governo numerosi impegni tra i quali uno volto a promuovere la classificazione del rischio al momento del ricovero a cui devono seguire specifici percorsi assistenziali differenziati per la corretta valutazione del rischio della donna in occasione del primo parto. Il motivo è che ciò rappresenta la base per impostare un piano appropriato di assistenza e di precoce individuazione delle potenziali complicanze. È quindi concreta l'opportunità per il Parlamento, già in tempi brevi e mi auguro con in mano le conclusioni finali degli ispettori ministeriali sui casi dei giorni scorsi, di poter sviluppare un dibattito serio e approfondito. L'obiettivo è di essere in grado di varare, con l'essenziale contributo degli operatori della sanità e delle società scientifiche, iniziative in grado di rendere sempre più sicuro il percorso nascita e di stabilire modelli funzionali per una corretta gestione del rischio clinico. **Y**

“La risoluzione da me presentata propone al governo numerosi impegni, tra i quali quello di promuovere la classificazione del rischio al momento del ricovero, a cui devono seguire specifici percorsi assistenziali differenziati per la corretta valutazione del rischio della donna in occasione del primo parto”

Jan. 115(1):5-13.). Inoltre non ci sono studi clinici randomizzati, controllati con placebo che abbiano confermato alcun beneficio nel trattamento degli stati trombofilici (diversi dalla sindrome da anticorpi antifosfolipidi) in termini di diminuzione degli esiti negativi della gravidanza. [American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No 124. Inherited thrombophilias in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2011]. Ancora, per le pazienti gravide con stato trombofilico noto e senza precedenti episodi di tromboembolia personale e/o familiare non è raccomandato, dalle più recenti linee guida, l'uso routinario di una profilassi

farmacologica, ma piuttosto una valutazione individualizzata del grado di rischio (grado 1C). In definitiva, si può affermare con certezza che il problema non è assolutamente di carattere economico ma clinico: non ha alcun senso eseguire i test della trombofilia in donne non a rischio e comunque, la positività di qualcuno di questi risultati, potrebbe condurre a terapie incongrue e dannose per la gestazione stessa. Le Linee Guida della Società Europea di Cardiologia (European Society of Cardiology – ESC) redatte nel 2011 (ESC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *European Heart*

Journal (2011) 32, 3147–3197) da un gruppo multidisciplinare che ha coinvolto anche i ginecologi, i cardiologi, i cardiologi pediatri e la Società tedesca di Medicina di genere (così come riportato dalla D.ssa Elsa Viora, esperta AOGOI), suggeriscono:

1. in accordo con la Società inglese (Royal College of Obstetricians and Gynecology RCOG) di effettuare una accurata anamnesi e suddividere le donne in tre fasce di rischio: elevato, intermedio e basso. Sono considerate a rischio elevato le donne con:
 - precedenti episodi ricorrenti (più di 1) di tromboembolia venosa;

Toscana: mamma e neonato a casa 6 ore dopo il parto

Valeria Dubini
Consigliere Sigo

■ In controtendenza con le terribili notizie di questi giorni, ne leggiamo una che sembra volere riportare la gravidanza e il parto all'evento felice e “normale” che tutti vorremmo pensare. È

l'esperimento partito da un punto nascita fiorentino (Ospedale S. Giovanni di Dio) che potrebbe estendersi ad altri punti nascita della più grande azienda sanitaria della Toscana (Usl centro, complessivamente 8000 parti l'anno) e che prevede una dimissione precoce nel parto fisiologico, già dopo sei ore. La proposta è rivolta alle mamme che preferiscono tornare nella loro casa precocemente, vicine alla loro famiglia, dopo avere partorito in sicurezza in un presidio ospedaliero che offre tutte le garanzie necessarie: al momento saranno le pluripare, che hanno già esperienza di accudimento per i figli precedenti, a potere accedere a questo servizio. Naturalmente è garantita la possibilità di ricevere sostegno per qualsiasi problema che si possa presentare nei giorni successivi sia nel presidio ospedaliero (dove si procede all'esecuzione degli screening neonatali a 48 ore), sia sul territorio dove viene programmato un controllo dopo 7 giorni. Questo presuppone un territorio forte e organizzato e rappresenta un buon esempio di quello che il rafforzamento di percorsi territorio-ospedale-territorio potrebbe offrire, sia in termini di risparmio economico che in termini di valorizzazione della fisiologia e di “umanizzazione” dell'evento nascita. Dicevamo in controtendenza

con l'inevitabile “psicosi” che le morti materne di questi ultimi giorni hanno innescato, alimentando l'idea che sia necessario un incremento ulteriore di medicalizzazione della gravidanza e del parto, e creando ansie e diffidenza nelle nostre assistite.

Si sono spese molte parole e molti autorevoli e meno autorevoli pareri sono comparsi sulle pagine dei nostri quotidiani: le nostre società hanno svolto il loro ruolo spiegando con chiarezza quanto il concentrarsi di eventi sicuramente drammatici rappresenti solo una casualità e che il nostro è uno dei paesi europei a più bassa incidenza di mortalità materna.

Del resto la partecipazione del mondo ginecologico al sistema di sorveglianza messo in piedi dall'Iss secondo il modello inglese è la migliore dimostrazione che da parte degli operatori e delle società che li rappresentano non c'è la volontà di chiudersi a riccio nella difesa della categoria ma anzi l'impegno a fare chiarezza e ad imparare dagli errori laddove si possano individuare.

Il sistema di sorveglianza ci ha certamente mostrato molte cose interessanti: ad esempio la sorpresa che nel 12% dei casi si tratti di suicidi e che in poco meno del 10% dei casi la morte sia riferibile a conseguenze di sindrome influenzale da H1N1,

► **Segue a pagina 30**

- episodio di tromboembolia venosa non correlato all'assunzione di estrogeni;
 - un episodio di tromboembolia venosa + trombofilia o storia familiare.
2. Per le donne a rischio elevato è indicata la profilassi con eparina a basso peso molecolare; per le donne a rischio intermedio va consigliato l'uso di calze a compressione graduata e può essere considerata (should be considered) la profilassi con eparina a basso peso molecolare; nelle donne a basso rischio va raccomandata la mobilizzazione precoce e l'idratazione.
 3. “Lo screening per la trombofilia non deve essere eseguito – Routine screening for

thrombophilia should not be performed” Ad aprile 2015 il Royal College of Obstetricians and Gynecology (RCOG) ha redatto delle linee guida (RCOG Greentop Guidelines 37a “Reducing risk of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium” April 2015) su come ridurre il rischio del tromboembolismo in gravidanza e puerperio (Reducing risk of venous thromboembolism during pregnancy and puerperium) ribadisce che lo screening NON va fatto. Pertanto, in conclusione, ogni affermazione differente riportata è priva di ogni fondamento scientifico.



Scuola Multidisciplinare di Formazione Aggiornamento e Qualificazione in
Fisiopatologia del Tratto Genitale e Malattie a Trasmissione Sessuale

Riconosciuta dalla I.U.S.T.I. - EUROPE
International Union Against Sexually Transmitted Infections
Riconosciuta dalla AOGOI - Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
quale Polo Culturale di Eccellenza per le attività didattiche e scientifiche promosse



35° CORSO DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO IN FISIOPATOLOGIA CERVICO-VAGINALE E VULVARE, COLPOSCOPIA E MALATTIE A TRASMISSIONE SESSUALE Ascoli Piceno, 11 - 13 Aprile 2016

Sede prevista dell'Insegnamento:
Centro Congressi - Complesso Fieristico della Camera di Commercio

LETTURA MAGISTRALE: PROF. MAURO MARCHIONNI
già Professore ordinario di Ginecologia e Ostetricia dell'Università degli Studi di Firenze
Membro del Consiglio Superiore di Sanità

"L'utilità ed il ruolo della Colposcopia nella patologia ginecologica"

COORDINATORE DELL'INSEGNAMENTO: DOTT. MARIO PERONI

Costantemente ottenendo ampi consensi, il Corso, organizzato annualmente da oltre un trentennio, si svolge in una Città ospitale, ricca di arte e di storia. Lo stesso, nel rispetto delle basi didattiche e pedagogiche di ogni insegnamento, mantiene la sua valida impostazione e pur rinnovato costantemente sotto il profilo culturale e didattico, si articola in sessioni che attengono i più recenti aspetti della prevenzione ginecologica e delle terapie per il tramite di lezioni, video-proiezioni con immagini e filmati diagnostici e terapeutici, conferenze, tavole rotonde e discussioni e mira alla partecipazione ed alla formazione quanto più attiva degli Allievi ai quali è destinato; e ciò nell'ambito di una iniziale esposizione teorica che costituisce la base più propriamente cognitiva allo scopo quindi di attuare il miglior trasferimento nella pratica di quanto si è appreso. Sulla base di queste premesse oltre a lezioni teoriche sono come sempre previste esercitazioni pratiche per piccoli gruppi di Allievi che, sotto la guida di esperti Tutors, si attuano mediante strumentazioni adeguate e talora con il ricorso a simulatori, al fine di iniziare gli Allievi ad attività pratiche, con la finalità di perfezionarli nelle loro più corrette attitudini fra cui microscopia, colposcopia, isteroscopia con correlazioni ecografiche, elettroterapia e laserterapia, queste ultime realizzate su tessuti animali. L'Insegnamento, per la sua migliore riuscita prevede un numero programmato di Partecipanti e rivolge globale attenzione ai più corretti protocolli diagnostici e terapeutici considerando le più attuali Linee Guida nazionali ed internazionali e, nel rispetto delle tradizionali acquisizioni citologiche e colposcopiche, considera ed approfondisce l'apporto, sempre più rilevante, della biologia molecolare e con riferimenti ad indagini epidemiologiche. Particolare attenzione è riservata alle problematiche connesse con le Malattie a Trasmissione Sessuale nella loro prevenzione, nella diagnostica e nelle terapie, specie per l'HPV ed i vaccini, come anche con lo studio della fisiopatologia della vulva. E' previsto che il Corso rientri negli obiettivi di interesse nazionale del Ministero della Salute nell'ambito della Educazione Continua in Medicina, lo stesso avendo costantemente ottenuto elevato numero di crediti formativi. Fra i patrocini costantemente conferiti vi sono quelli della International Union against Sexually Transmitted Infections (I.U.S.T.I.- EUROPE), della SIGO, della AOGOI come anche il Corso è stato oggetto di positiva considerazione dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e da Organi Istituzionali di rilievo. Sono ammessi a partecipare Medici, Specialisti e Specializzandi prevalentemente in Ginecologia ed Ostetricia, sia Italiani che Stranieri come anche altri Operatori della Sanità. Altresì si prevede di realizzare materiale didattico destinato agli Allievi. Il fine principale del Corso è quello di ottimizzare al meglio la comprensione e quindi le attitudini dei destinatari dei messaggi, cioè gli Allievi, veri protagonisti dell'Insegnamento.

Al Corso sono stati attribuiti nell'anno 2015 21,5 Crediti Formativi ECM.

Per informazioni contattare:

bluevents

Tel (+39) 06 36304489 - 06 36382038 - Fax: (+39) 06 97603411

Provier ECM-ID 836 formazione@bluevents.it - www.bluevents.it



059 - 370842

athena@athenamedica.com

059 - 372964

www.athenamedica.com

Athena Editore per la Ginecologia

ECOGRAFIA TRANSVAGINALE nelle URGENZE GINECOLOGICHE e del PRIMO TRIMESTRE DI GRAVIDANZA

Luca Savelli - Maria Cristina Scifo

Clinica Ostetrica e Ginecologica Azienda Ospedaliera - Universitaria
Policlinico S. Orsola - Malpighi - Bologna

2015, 352 pagine, 291 immagini
ISBN 9788886980814

Nelle migliori librerie e su athenamedica.com



PATOLOGIA DELLA VAGINA

Silvano Costa
Kari Syrjänen
Mario Preti
Luciano Mariani
Patrizia Terzano
Francesco Rivasi



LA PATOLOGIA IPERTENSIVA MATERNA E L'IPOSVILUPPO FETALE

Tullio Ghi

Indici e contenuti su athenamedica.com

Toscana: mamma e neonato a casa 6 ore dopo il parto

► Segue da pagina 13

tutti casi nei quali una prevenzione risulta possibile, fornendo informazioni e supporti psicologici ma anche con campagne vaccinali più convinte. Non si può dimenticare che l'evento nascita è prima di tutto un evento sociale, esperienza di vita, di trasformazione e di crescita: nasce un figlio e nascono i suoi genitori, e si passa attraverso un terreno di confine che riporta al mistero della vita e della morte. Profondamente le donne hanno sempre percepito che la porta d'ingresso alla vita e quella di uscita rappresentavano lo stesso mistero e si sono sempre avvicinate all'evento parto come ad un momento di gioia ma anche di timore, indipendentemente dai numeri, indipendentemente da quello che è successo negli ultimi 50 anni: l'uso di tecnologia, la possibilità di individuare fattori di rischio e di offrire più sicurezza ha in parte allontanato questi timori, e i numeri della mortalità materna nei paesi più industrializzati sono diventati

talmente piccoli da indurci a rimuovere il problema. Certo giustamente dobbiamo mirare a ridurre sempre di più i rischi ma dobbiamo anche sapere che questi non sono azzerabili del tutto, come infatti in nessun paese succede, e dobbiamo anche saperne parlare con la forza degli interventi appropriati e l'autorevolezza della conoscenza. Non dobbiamo quindi rimuovere questo problema ma continuare a lavorare per ridurre i rischi e favorire la possibilità di lavorare in sicurezza. Non è però con un'ulteriore medicalizzazione o con utilizzo intensivo della tecnologia e di controlli non mirati che miglioreremo il nostro lavoro e la serenità delle nostre assistite: oggi abbiamo invece bisogno di restituire fiducia alle donne e di farle sentire seguite in modo appropriato, in base a profili di rischio differenziati, da personale impegnato ad occuparsi al meglio della loro salute e pronto ad accogliere i loro bisogni a tutto tondo.