

“ La campagna “Choosing wisely” prevede che le società scientifiche si impegnino per individuare, ciascuna nel proprio ambito, 5 pratiche a rischio di inappropriatazza



01

FARE DI PIÙ NON VUOL DIRE FARE MEGLIO

Le 5 cose da non fare in Medicina Materno-Fetale



Patrizia D'Oria
Claudio Crescini
Bergamo

QUESTO TEMA, al centro di una sessione dedicata, nasce all'interno del progetto “Fare di più non significa fare meglio” in cui è impegnata *Slow Medicine*: un'associazione (movimento) di cittadini, pazienti, professionisti che si confrontano e si impegnano per la costruzione di un modello di salute condiviso, basato su sobrietà, rispetto e giustizia. Esso traduce, a sua volta, le intenzioni di “**Choosing wisely**”, una campagna varata nel 2012 negli Stati Uniti dalla Fondazione Abim (American Board of Internal Medicine) alla quale hanno poi aderito molte società scientifiche, con lo scopo di individuare e ridurre pratiche che, secondo le conoscenze scientifiche disponibili, non apportano benefici significativi ai pazienti ai quali sono generalmente prescritte, ma possono, al contrario, esporli a rischi.

La campagna, quella internazionale come quella italiana, prevede che le società scientifiche si impegnino per individuare, ciascuna nel proprio ambito, 5 pratiche a rischio di inappropriatazza.

Negli Usa l'American College of Obstetricians and Gynecologists e la Society for Maternal-Fetal Medicine, due anni dopo aver emanato la loro prima “**Top 5 list**”, hanno pubblicato nel 2016 un secondo **elenco di 5 pratiche che medici e pazienti dovrebbero mettere in discussione in quanto inutili, costose e a volte dannose**.

In Italia, Andria è la prima, e finora unica, società scientifica di ostetricia e ginecologia ad aderire alla proposta di *Slow Medicine* e ad impegnarsi per descrivere le 5 pratiche a rischio di inappropriatazza, caratterizzate da documentata alta diffusione nel nostro Paese, scarsa efficacia e rischio di danni per le pazienti.

I 5 punti che hanno raccolto ampio accordo nelle raccomandazioni stilate da queste tre società per la Medicina Materno fetale:

- 1. Non clampare il cordone ombelicale nel primo minuto dalla nascita nei neonati che non necessitano di immediata assistenza.** Nei neonati a termine e pretermine che non richiedono immediate manovre rianimatorie il clampaggio andrebbe eseguito dopo almeno un minuto dalla nascita o quando il cordone cessa di pulsare.
- 2. Non usare di routine la cardiocografia (CTG) in continuum in travaglio nelle gravide a basso rischio ipossico.** Andrebbe invece usata l'auscultazione intermittente, fino a che non si evidenzino fattori di rischio ipossico. L'uso generalizzato della CTG può esporre le pazienti al rischio di effetti dannosi, come l'aumento significativo di tagli cesarei.
- 3. Non prescrivere una restrizione dell'attività in gravidanza, anche a quelle donne ad alto rischio, per la prevenzione del parto pretermine.** Non esistono chiare evidenze che il riposo forzato possa migliorare gli esiti in donne a rischio, mentre molti studi documentano gli effetti psicologici negativi della restrizione

dell'attività di routine sulla madre e sulla famiglia.

- 4. Non programmare induzioni o tagli cesarei elettivi senza indicazione medica prima delle 39+0 settimane di gestazione.** Una nascita che preceda questo tempo è associata a difficoltà di apprendimento e potenzialmente ad aumentata morbidità e mortalità. Un test che confermi la maturità polmonare fetale, senza un'indicazione clinica appropriata, non giustifica l'espletamento del parto.
- 5. Non effettuare test per la trombofilia ereditaria nelle donne con storie di aborti ripetuti, restrizione della crescita endouterina (IUGR), preeclampsia o distacco intempestivo di placenta.** Mancano dati scientifici che sostengano un'associazione causale tra i polimorfismi di MTHFR, o altre comuni trombofilie ereditarie, ed esiti avversi.

Fonti: *Choosing Wisely Italy, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine*

02

In occasione del Congresso di Roma 2017 le società scientifiche Sigo, Aogoi e Agui hanno voluto iniziare una riflessione nazionale organizzando due sessioni sul tema: una relativa alla ginecologia e una all'ostetricia

Choosing Wisely



Fabio Parazzini
Milano

LA IRRUENTE CRESCITA delle conoscenze e delle tecniche in sanità è una costante preoccupazione dei sistemi sanitari in quanto spesso associata a un non controllato utilizzo di risorse con un importante impatto sulla spesa, sprechi e conseguenze non equità di accesso alle prestazioni necessarie.

Uno strumento efficace per combattere un utilizzo inappropriato delle prestazioni sanitarie è il coinvolgimento della comunità scientifica e dei professionisti attraverso lo sviluppo di strumenti di *evidence based medicine*, primi fra tutti lo sviluppo di Raccomandazioni, Linee Guida, Percorsi Diagnostici Terapeutici.

Nella prospettiva di una assunzione di responsabilità dei medici e degli

altri professionisti sanitari nelle scelte di cura e sulla partecipazione dei pazienti e dei cittadini alcuni anni orsono negli Stati Uniti l'American Board of Internal Medicine Foundation (Abim) in collaborazione con *Consumer Reports* e nove autorevoli società scientifiche americane ha lanciato l'iniziativa denominata *Choosing Wisely*: scegliere saggiamente. La filosofia di base è che non è vero che facendo di più al massimo non si farà male: qualsiasi intervento medico ha dei rischi e comunque sottrae risorse ad un equo accesso alle prestazioni per tutta la popolazione. **L'Abim ha proposto di identificare per ogni area terapeutica 5 prestazioni ritenute obsolete**, inutili o inappropriate.

Anche il mondo ginecologico di oltre oceano ha risposto all'iniziativa.

L'Acog e la Società canadese hanno prodotto una lista di “cose” da non fare che si differenziano, rispecchiando pratiche assistenziali in parte diverse nelle differenti aree geografiche.

ACOG*

1. Non eseguire il pap test annualmente nelle donne di età 30-65anni
2. Non trattare le pazienti con mild dysplasia o lesioni minori di durata inferiore a 2 anni
3. Non “screenare” le donne asintomatiche a rischio non aumentato per il carcinoma ovarico
4. Non usare la chirurgia robotica per interventi per patologie benigne quando è possibile usare una chirurgia convenzionale vaginale o laparoscopica
5. Non trasfondere pazienti stabili asintomatiche ospedalizzate con valori di emoglobina >7-8 grammi
6. Non eseguire una ecografia nelle donne a rischio non aumentato per lo screening del carcinoma ovarico

Canada

1. Non eseguire il pap test di screenig nelle donne di età <21 o superiore a 69 anni
2. Non richiedere routinariamente il dosaggio di estradiolo, progesterone, FSH ed LH nelle donne in post menopausa o dopo isterectomia per diagnosticare la menopausa e prescrivere la terapia ormonale sostitutiva.
3. Non “screenare” per il carcinoma ovarico le donne asintomatiche ed a rischio non aumentato.
4. Non proporre l'isterectomia alle donne con fibroma asintomatico sulla base di un possibile rischio di malignità.
5. Non eseguire alcun intervento chirurgico inclusa l'ablazione endometriale per il trattamento della sanguinamento uterino abbondante se non dopo aver offerto un trattamento medico (incluso lo IUS medicato) e questo sia stato rifiutato o si sia dimostrato inefficace

*L'ACOG ha indicato 10 cose da non fare in ostetricia e ginecologia di cui 6 in ginecologia