

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 “registri” 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.





Ma è anche il momento di riprendere in mano quel delicatissimo periodo che è rappresentato dalla menopausa, quando l'ipoestrogenismo espone le donne a rischi che non sono presenti in altre fasi della vita.

Se è certo che senza un'ottica di genere la ricerca, la clinica e anche la programmazione sanitaria rischia di essere discriminatoria, forse sta proprio a noi farci promotori di una cultura innovativa a tutela della comunità tutta.

“ **È tempo di crescere e di investire, affinché la medicina di genere diventi parte integrante della moderna medicina**”

Up-to-date sulla Medicina di genere

LA MEDICINA DI GENERE OGGI non è più sinonimo di tutela della salute della donna ma di migliore medicina per tutti, al fine di garantire “alla persona” le cure più appropriate, più efficienti ed economicamente sostenibili.

Negli anni '90 nasce la medicina di genere con l'obiettivo di studiare le differenze anatomiche e fisio-patologiche tra uomo e donna e comprendere i meccanismi attraverso i quali le differenze legate al sesso (biologiche) e al genere (socio-culturali e ambientali) agiscono sullo stato di salute, sull'insorgenza e il decorso di molte malattie e sulla risposta alle terapie al fine di tutelare la salute della donna.

Sono stati prodotti numerosi studi che hanno evi-

denziato le differenze di genere nell'ambito clinico, ma sono stati gli studi di genetica che ci hanno aiutato a comprendere l'origine delle differenze fenotipiche e in che misura i fattori genetici, socio-culturali e ambientali contribuiscono al determinismo della malattia e alla cura della persona.

Le differenze biologiche tra uomini e donne non dipendono solo dalla struttura del genoma ma dalla diversa espressione genica e dall'interazione tra i prodotti genici diversi, ossia dall'epigenoma. L'espressione genica è regolata dal profilo epigenetico che silenzia o attiva specifici geni (con meccanismi di metilazione del Dna o acetilazione degli istoni); viene influenzato dall'ambiente esterno (dieta, farmaci, inquinanti ambientali) e interno (razza, età, sesso, ormoni, metabolismo) e trasmette i caratteri da una generazione all'altra, influenzando il fenotipo e l'evoluzione.

M. Gershoni e S. Pietrokovskye (2017) hanno analizzato l'epigenoma, ovvero i geni espressi, in 53 tessuti di 550 adulti di entrambi i sessi. Su 20.000 geni, 6.500 sono trascritti diversamente nei due sessi in tutti gli organi. Questo potrebbe spiegare la diversa prevalenza ed evoluzione delle malattie e le differenti risposte farmacologiche, ma nello stesso tempo questa diversità potrebbe essere sfruttata per effettuare terapie personalizzate, quindi più efficienti ed economicamente sostenibili.

Questi dati suggeriscono l'unicità di ciascuno di noi e ci spingono ad andare oltre la diversità di genere verso una medicina personalizzata che tenga conto di come individui diversi reagiscono in maniera diversa.

Anche L'Oms ha fatto proprie queste conoscenze e nel programma 2014-2019 ha promosso il monitoraggio di tutte le disuguaglianze ricercando tutti i determinanti sociali della salute quindi, sesso, età ma anche, razza, classe sociale. L'Organizzazione Mondiale della sanità ha inoltre invitato gli Stati Membri a rivedere le politiche e le organizzazioni sanitarie al fine di raggiungere gli obiettivi di salute: equità, genere e diritti umani. Quindi la medicina di genere oggi non è più sinonimo di tutela della salute della donna ma di migliore medicina per tutti, al fine di garantire “alla persona” le cure più appropriate, più efficienti ed economicamente sostenibili.

In Italia negli ultimi due anni si è avuta una rapida accelerazione dello sviluppo e della diffusione della medicina di genere in quanto l'attenzione al genere è diventata una scelta strategica di politica sanitaria che ha come finalità l'appropriatezza della cura per ciascun individuo al di là del sesso, del genere, della razza, dell'età ecc.

Paola Boldrini ha presentato alla Camera una proposta di legge per favorire l'applicazione e la diffusione della medicina di genere.

Il Ministero della Salute si è posto in rete con tutti i soggetti coinvolti per coordinare i rapporti, promuovere iniziative di ricerca scientifica, progettare piani sanitari nazionali e regionali.

Molte Regioni hanno inserito la medicina di genere come obiettivo strategico nel piano sanitario regionale e tra gli obiettivi dei direttori generali. I presidenti dei consigli di Corso di studio in Medicina e Farmacia hanno inserito l'insegnamento della medicina di genere nell'ambito delle diverse discipline per l'anno accademico 2017-18. Numerosi gli studi pubblicati e l'impegno delle società scientifiche e delle associazioni che difendono la conoscenza della medicina di genere in convegni, corsi di formazione e di divulgazione. Quindi molto è stato fatto fino a oggi per diffondere la conoscenza della medicina di genere, ma siamo solo all'inizio.

Ora è tempo di crescere e di investire, affinché la medicina di genere diventi parte integrante della moderna medicina.

10

STUDIO AOGOI

La legge 194 nella buona pratica medica: applicazione nelle varie realtà italiane

L'assenza di linee guida nazionali sull'Ivg determina una marcata disparità nella qualità dell'assistenza garantita alle donne, nella organizzazione del percorso clinico e nell'attenzione agli aspetti preventivi

L'ANALISI DEL RAPPORTO ANNUALE del Ministro della Salute sulla applicazione della legge 194/78 evidenzia una grande disomogeneità territoriale nella assistenza alle donne che chiedono l'Ivg, sia per la disponibilità di medici obiettori che per gli aspetti clinici e organizzativi. In particolare l'assenza di linee guida nazionali sull'interruzione volontaria di gravidanza determina una marcata disparità nella qualità dell'assistenza garantita alle donne, nella organizzazione del percorso clinico e nell'attenzione agli aspetti preventivi.

L'Aogoi ha condotto un'indagine attraverso la distribuzione di un questionario volto a verificare la qualità del percorso assistenziale nelle diverse realtà italiane. **Hanno partecipato allo studio 70 centri per un totale di 21970 Ivg effettuate nel corso dell'anno 2015**, con una equa distribuzione territoriale.

La principale disparità emersa riguarda la percentuale dei **medici non obiettori di coscienza** che risulta molto inferiore al Sud dove solo il 15% dei medici effettua le Ivg, contro il 29% del Centro e il 32% del Nord. Solo il 57% dei centri ha un **ambulatorio dedicato**, che garantisce un corretto inquadramento clinico di ciascun caso, la programmazione del percorso medico o chirurgico ritenuto più idoneo per la paziente e la offerta di un adeguato counselling sulla contraccezione. Ben il 36% dei centri non consente l'effettuazione della **Ivg farmacologica** che, laddove viene offerta, è scelta dal 24% delle donne.

Emergono molte differenze nelle **indagini preoperatorie** richieste, nel fatto che vengano o meno effettuate la preparazione farmacologica e la profilassi antibiotica, con possibili conseguenti rischi clinici.

In questi anni Aogoi ha profuso un grosso impegno nella prevenzione delle Ivg ripetute, avviando tra l'altro **uno studio clinico osservazionale tra le donne che si sottopongono all'Ivg per verificare la qualità del counselling ricevuto sulla contraccezione**. Tutte le linee guida internazionali considerano il counselling una strategia fondamentale per prevenire l'abortività ripetuta: in particolare è importante che il metodo contraccettivo scelto sia immediatamente disponibile, per esempio attraverso la pratica di inserire un metodo Larc (Long-Acting Reversible Contraception) contestualmente all'intervento, ritenuta efficace e sicura dai dati della letteratura scientifica, o con l'indicazione ad iniziare un metodo ormonale fin dal giorno stesso della dimissione, fornendo la relativa prescrizione alla paziente. Anche su questo aspetto esiste una distribuzione a macchia di leopardo di centri dove è garantita una prevenzione ottimale delle Ivg ripetute rispetto a centri dove l'attenzione a questo aspetto è carente.

È auspicabile la stesura di linee guida nazionali sul percorso assistenziale all'Ivg allo scopo di ridurre le disparità territoriali attualmente presenti in Italia e di garantire la sicurezza a tutte le donne.



Silvia von Wunster
Alzano Lombardo



Francesca Fiorillo
Napoli