

ROMA 28-31 OTTOBRE 2018
93° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
58° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI
25° CONGRESSO NAZIONALE AGUI

**ANTEPRIMA
CONGRESSO**



**DONNA
SALUTE
BENESSERE**

**I TEMI,
I PROTAGONISTI
LE STORIE
AL CONGRESSO
SIGO 2018**

MEDICINA DELL'EVIDENZA E SFIDE FUTURE



01

CONTRIBUTI

La violenza come fattore di rischio in gravidanza

Si torna a parlare di violenza contro le donne in un momento in cui sembra non arrestarsi il fenomeno e le sue drammatiche conseguenze, e in cui ci si interroga su quello che concretamente può essere fatto per offrire un supporto reale a chi vive in silenzio questo dramma.



Valeria
Dubini
Firenze

LA VIOLENZA IN GRAVIDANZA è un aspetto che appartiene in maniera specifica alla nostra professione, ed è qualcosa che i sanitari devono **conoscere** per poterla **riconoscere**: in effetti i servizi perinatali incontrano molte volte le donne in gravidanza e il professionista che segue la gravidanza, ginecologo o ostetrica, crea un rapporto di continuità e fiducia che può essere di aiuto nel disvelare un dramma che molte donne tengono nascosto per paura, vergogna e timore di non essere credute.

La gravidanza, ricordava l'ACOG anni fa, rappresenta una "finestra di opportunità" per parlare di questo problema, anche perché rappresenta un momento in cui la donna acquisisce consapevolezza che è in gioco anche della salute del suo bambino. Certo sta ai sanitari trovare il modo di porre domande, ascoltare anche richieste inespresse o osservare indicatori e comportamenti che caratterizzano la gravidanza di chi vive in una condizione di abuso.

I sanitari devono imparare a fare questo perché non si può più ignorare che la violenza in gravidanza rappresenta un fattore di rischio più frequente di altri che noi indaghiamo con attenzione (diabete o placenta previa) e che può condurre a tutta una serie di patologie che la letteratura ci mostra in modo significativo.

Tutti i Paesi che effettuano una sorveglianza sulla mortalità materna hanno presto scoperto che mentre su molti fattori siamo riusciti ad intervenire (emorragia, tromboembolismo) restano ancora madri che muoiono per fattori riconducibili a violenza domestica, come traumi, esiti di trau-

mi, suicidi, distacco di placenta o direttamente femminicidi. In molti paesi questo ha indotto a strategie specifiche di politica sanitaria, e anche nel nostro Paese, dove i dati dell'ISS sulla mortalità materna ci mostrano una realtà che forse non avevamo previsto, sta nascendo la consapevolezza che i sanitari devono essere formati e sapere mettere in gioco il loro impegno per ridurre queste morti certamente evitabili.

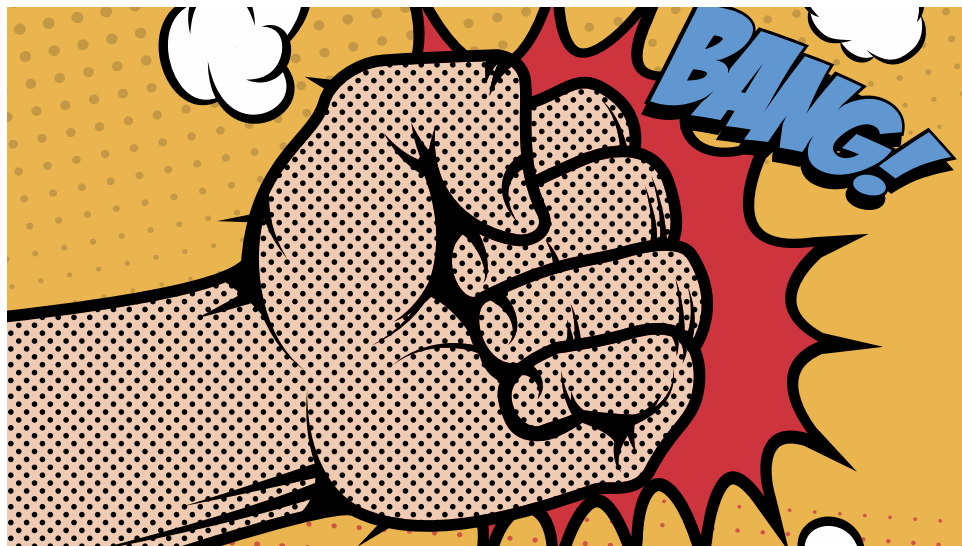
Nel primo report dell'ISS su 391 morti in gravidanza o nell'immediato post-partum sono ben 12 le morti per violenza domestica a cui dovremmo aggiungere un 5% di suicidi che sappiamo bene potere essere collegati in modo significativo a condizioni di violenza.

Basterebbe questo per comprendere come sia necessario che i nostri servizi si attivino per indagare meglio la presenza di questo fenomeno, ma possiamo aggiungere come anche il rischio di altre importanti patologie possa risultare aumentato: depressione postparto (OR 13.7), Ipertensione (OR=1.37), perdite ematiche (OR= 1.54) parto pretermine (OR=1.37), tanto per citarne alcune. Infine potremmo ricordare le gravidanze non desiderate e il ricorso all'IVG, soprattutto ripetuta:

uno studio multicentrico condotto da AOGOI nel 2012 mostrava un'incidenza di violenza domestica del 22,3% nelle donne che ricorrevano a un IVG ripetuta contro il 14,8 % delle donne che erano alla prima IVG. Le società scientifiche internazionali (ACOG,RCOG,SGOC) danno da tempo indicazioni mandatorie per porre domande dirette sulla presenza di una condizione di violenza ogni qualvolta si incontra una donna in gravidanza nello svolgimento della nostra professione. Già alcune Regioni si sono attivate e anche nella nostra stiamo cercando le parole più adeguate per introdurre il tema in forma di screening.

Ricordiamo che le linee guida Nazionali sulla violenza contro le donne considerano una storia di violenza in gravidanza come un grave fattore di rischio per la vita della donna (è una delle 4 domande del "danger assessment" consigliato), e si ricorda anche che ci sono alcuni indicatori che dovremmo imparare e sapere riconoscere (ritardo all'accesso alle cure, ritardi o dimenticanze degli appuntamenti, presenza di un partner molto presente che risponde per la donna, presenza di lividi in vario stadio di guarigione, storie di IVG ripetute tanto per citarne alcuni).

Insomma la strada è ancora lunga ma è importante che la percorriamo tutti insieme anche con il coinvolgimento delle nostre società scientifiche, e la presenza di questo argomento nel nostro Congresso Nazionale, come accade ormai da anni, è la testimonianza più concreta di questo impegno.



02

CONTRIBUTI

La simulazione come tecnica per formare il teamwork di sala parto

Le emergenze ostetriche come la distocia di spalle, la grave emorragia postpartum, l'eclampsia ed altre ancora sono eventi molto rari nei Paesi occidentali ma possono verificarsi in ogni gravidanza anche in assenza di fattori di rischio.



Claudio Crescini
Bergamo

UNA GESTIONE INADEGUATA può causare morte o gravi danni materno-neonatali, contenzioso medico-legale con onerosi risarcimenti economici e conseguenze negative sul personale di assistenza coinvolto nell'evento.

L'eccezionalità di questi eventi rende difficile avere personale di assistenza con adeguata esperienza nella gestione delle emergenze ostetriche e la necessità di un intervento tempestivo e appropriato da parte di un gruppo multidisciplinare spesso mal si concilia con l'organizzazione dei nostri punti nascita e con le scarse risorse economiche ed umane messe in campo.

Tra le cause principali alla base degli eventi avversi in medicina ne sono riportate due: il difetto di comunicazione e l'insufficiente coordinazione del gruppo di lavoro **(1)**.

Per rispondere a queste criticità prima nei Paesi anglosassoni e più recentemente in Italia, si sono diffuse pratiche di formazione del personale basate sulla riproduzione fittizia, ma il più possibile realistica e stimolante l'immedesimazione, di uno scenario nel quale si simula una emergenza ostetrica e si apprende a svolgere le manualità operative necessarie a risolverla e ad organizzare il lavoro di gruppo coordinato dei vari professionisti coinvolti.

L'efficacia di questo metodo di training del personale ostetrico di sala parto è stato oggetto di studi e verifiche per valutarne i risultati in termini di riduzione della mortalità e morbidità materna e neonatale e dei contenziosi medico-legali. Una recente revisione della letteratura ha dimostrato l'efficacia della simulazione nel migliorare sicurezza ed esiti per i pazienti **(2)**.

Anche l'efficacia in ambito sanitario del metodo didattico basato sulla simulazione con manichini è stata validata e codificata da numerosi studi **(3-4)** come sistema per sostituire la realtà con esperienze guidate che riproducono situazioni che accadono nel mondo reale.

Le basi teoriche che sostengono l'assoluta superiorità dell'apprendimento fondato sull'**esperienza** sono state sistematizzate da **David Kolb (5)** che ha dimostrato con i suoi studi che il nostro cervello acquisisce concetti, nozioni e relazioni molto più velocemente se è spinto a metterli in pratica, se li vive in prima persona.



Edgar Dale (6) successivamente con il suo "cono dell'apprendimento" constatò che la nostra memoria è profondamente influenzata dalle **esperienze**: più queste sono nuove, particolari e cariche di emozioni e più le ricorderemo con facilità e non solo, anche la durata dei ricordi è correlata positivamente alle esperienze fatte.

È sulla base di queste conoscenze teoriche che si sono sviluppate negli anni numerose forme di insegnamento in ambito medico basate sulle esercitazioni pratiche o simulazioni.

L'ostetricia con le sue emergenze rare, complesse ma con potenziali esiti drammatici ha, tra le prime specialità, compreso la necessità di una formazione dei propri professionisti basata sulla simulazione.

Il percorso formativo ispirato a questi principi didattici si articola in diversi momenti che non possono prescindere dalla conoscenza approfondita teorica della materia ottenuta con lo studio tradizionale e con le lezioni frontali.

Successivamente è necessario impadronirsi delle manualità (technical skills) richieste ad un operatore di sala parto per affrontare in sicurezza e risolvere le complicanze correlate all'evento nascita e le emergenze quali ad esempio la distocia di spalle, l'emorragia postpartum, la crisi eclamptica, l'inversione d'utero ed altre ancora.

L'apprendimento di queste manovre avviene con la ripetizione costante nel tempo delle manovre/ interventi appropriati su manichino/simulatore che consenta l'esecuzione di esercizi il più possibili vicino alla realtà sebbene su materiale sintetico o organico di origine animale.

Anche la scelta e l'acquisto dei simulatori dispo-



SEGUE A PAGINA 14

SEGUE DA PAGINA 13

EMERGENZE OSTETRICHE

nibili in commercio richiede esperienza nella pratica di insegnamento della simulazione perché esiste una vasta offerta commerciale all'interno della quale si deve selezionare con ocutezza affinché il prodotto sia perfettamente aderente ai fini didattici. È anche possibile costruire con materiali semplici e a costo molto basso simulatori artigianali che ben si adattano all'insegnamento di alcune manovre ostetriche. Apprese quindi le abilità tecniche, non solo mediante lezioni frontali e video ma con la diretta esecuzione manuale degli interventi, è necessario poi essere in grado di gestire l'emergenza nella sua complessità facendo parte di un gruppo interdisciplinare di professionisti (team work) che agisce in sinergia per ottenere l'obiettivo prefissato (risolvere l'emergenza) e dove ogni elemento svolge il proprio ruolo coordinato con gli altri e sotto la guida di un team leader. Questa seconda fase della formazione definita anche come non technical skill o simulazione di scenario per la costruzione del team work è più complessa e si avvale di differenti metodiche. Innanzitutto è necessario che venga ben definita l'emergenza ostetrica che si vuole affrontare nei vari step di progressione della patologia o della complicità e che vengano distribuiti i ruoli tra i singoli partecipanti.

Nella simulazione di scenario cosiddetta a bassa fedeltà non si dispone di simulatori robotizzati e di ambienti che riproducono fedelmente il set di sviluppo dell'azione e la protagonista che simula la paziente ostetrica è un membro del gruppo docenti. Ci si avvale di presidi medici in parte reali ed in parte riprodotti e sono disponibili sul mercato kit economici per facilitare lo svolgimento della simulazione come MamaNatalie di Laerdal. La simulazione a bassa fedeltà ha come limite la minor immersione o immedesimazione dei partecipanti nell'azione essendo meno realistica ma è economica, ripetibile con facilità e soprattutto può essere svolta nella propria sede (in situ) con il proprio team.

L'evoluzione delle conoscenze nell'ambito della simulazione ha ampliato l'offerta formativa con simulazioni di scenario ad alta fedeltà e con la realtà virtuale. Questo tipo di formazione necessita un ambiente dedicato riproducendo il più possibile la sala parto o la sala operatoria, una cabina di regia con vetro unidirezionale, un sistema di registrazione video, un manichino robotizzato che riproduca le manifestazioni cliniche dell'emergenza selezionata, di presidi medico-chirurgici reali e di un gruppo di formatori esperti.

L'alta fedeltà ha il vantaggio di garantire il massimo dell'immedesimazione dei discenti nello scenario e di conseguenza di vivere l'esperienza con sensazioni ed emozioni il più vicino possibile alla realtà (7).

Alta fedeltà. Ricostruzione di un setting realistico



Cabina di regia nella simulazione ad alta fedeltà

PER SAPERNE DI PIÙ

1. Rogers SO, Gawande AA, Kwaan M, et al. Analysis of surgical errors in closed malpractice claims at 4 liability insurers. *Surgery* 2006;140:25-33
2. Sallie J Weaver, Sydney M Dy, Michael A Rosen. Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ Qual Saf* 2014;23:359-372
3. Gaba DM. The future vision of simulation in health care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1:i2-10
4. Dieckmann P, Gaba D, Rall M. Deepening the theoretical foundations of patient simulation as social practice. *Simul Healthc* 2007;2:183-93
5. Kolb D. *Experiential Learning: experience as the source of learning and development* (Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1984)
6. Dale E. *Audio-Visual Methods in Teaching*, 3rd ed., Holt, Rinehart & Winston, New York, 1969
7. Magnus Andersson Hagiwara, Per Backlund, Hanna Maurin Söderholm, Lars Lundberg, Mikael Lebram and Henrik Engström. Measuring participants' immersion in healthcare simulation: the development of an instrument *Advances in Simulation* (2016) 1:17



03

CONTRIBUTI

Applicazioni della metabolomica in medicina prenatale



Giovanni Monni
Cagliari

Ambra Iuculano

Federica Murgia

LA METABOLOMICA è la più giovane delle discipline omiche, e si basa sull'analisi di molecole a basso peso molecolare (aminoacidi, carboidrati, lipidi ecc). I metaboliti rappresentano il prodotto di tutti i processi biologici influenzati da fattori esterni quali stati patologici, terapie, stili di vita ecc. La possibilità quindi, di porre a confronto diversi sistemi biologici perturbati da fenomeni diversi con sistemi di controllo ha determinato la possibilità di riflettere eventuali cambiamenti nella composizione metabolica, facendo della metabolomica una tecnica versatile in molti settori biomedici e catturando l'attenzione di diverse figure professionali, con lo scopo ultimo di trovare nuovi marcatori diagnostici e spiegare e interpretare meccanismi fisiopatologici.

La composizione metabolica misurabile in biofluidi e tessuti è estremamente varia, pertanto è fondamentale utilizzare diverse piattaforme analitiche per una visione quanto più completa possibile. A tale scopo, la risonanza magnetica nucleare (NMR) e la spettrometria di massa (MS) sono le tecniche analitiche più utilizzate. Entrambe consentono di misurare simultaneamente più metaboliti di un singolo campione biologico in un unico esperimento.

La NMR permette la misurazione di una *finger-print* metabolica con la possibilità di recuperare il campione dopo l'analisi ma ha lo svantaggio di possedere una bassa sensibilità, mentre la MS è caratterizzata da elevata sensibilità e possibilità di misurare una gran quantità di metaboliti (ordine delle centinaia) ma è distruttiva e pertanto il campione dopo l'analisi non può essere recuperato. Tutte e due le tecniche producono grandi quantità di dati (centinaia di metaboliti per ogni singolo campione/paziente) che vengono organizzati in matrici le quali sono sottoposte ad analisi multivariata. Quest'applicazione consente d'individuare, all'interno di tutte le variabili (metaboliti) misurate, quelle effettivamente responsabili della presenza del fenomeno che si sta studiando consentendo successivamente l'individuazione dei *pathway* metabolici alterati e lo studio quindi della fisiopatologia.

Nel campo clinico ostetrico, la metabolomica attualmente si muove ancora lentamente e le sue applicazioni riguardano principalmente lo studio di pre-eclampsia, ritardi di crescita fetali, diabete gestazionale, parto pretermine ma anche aspetti fisiologici della gravidanza. In definitiva si può affermare che la metabolomica viene sfruttata per studiare sia i meccanismi di adattamento dell'organismo umano alla gravidanza sia aspetti patologici legata alle complicazioni prenatali. Nella nostra esperienza, la metabolomica è stata applicata in vari studi. Tra questi, uno è stato condotto su **villi coriali** e mirava a chiarire alcuni aspetti fisiologici della gravidanza e alcuni aspetti patologici delle cromosomopatie fetali mentre l'altro è stato sviluppato su **liquidi amniotici** e il fenomeno studiato era quello delle **traslucenze nicali aumentate** in feti euploidi.

Nel primo studio i villi coriali sono stati analizzati con la spettrometria di massa (GC-MS), con



“

La metabolomica ha dimostrato essere un potenziale mezzo per lo studio di aspetti fisiopatologici di fenomeni in ambito prenatale ancora poco chiari e inesplorati, ponendo le basi per una miglior comprensione biologica e biochimica

l'NMR e con la cromatografia liquida ad alta prestazione (HPLC) e i dati ottenuti sono stati elaborati con tecniche di analisi statistica multivariata. Lo studio era costituito da una classe di controllo e da una classe di feti con cromosomopatie (trisomie 21, 13 e 18). Inizialmente è stato esplorato il profilo metabolico dei campioni di controllo per individuare gli adattamenti metabolici relativi alle diverse settimane di gestazione. Dai dati è emerso che al proseguire della gravidanza aumentavano i livelli di mio-inositolo, inositolo, nucleotidi e ribitolo mentre si aveva una diminuzione dei livelli di polioli, evidenziando dei cambiamenti importanti soprattutto nei *pathway* energetici. Successivamente la classe dei controlli è stata confrontata con la classe delle cromosomopatie, per individuare la presenza di eventuali differenze metaboliche a parità di epoca gestazionale. In tal caso la classe dei patologici mostrava un aumento di lattato, polioli, acido deidroascorbico e una diminuzione di mio-inositolo, inositolo, colesterolo e molecole antiossidanti come acido ascorbico, evidenziando la presenza di stress ossidativo e uno sbilanciamento dei *pathway* energetici.

Nel secondo studio, sono stati analizzati 90 cam-

La visione olistica rappresenta la prospettiva dominante per la risoluzione di molti quesiti medici. In questo panorama le discipline omiche, come la metabolomica, sono diventate un mezzo rivoluzionario in molti campi della biomedicina. Nello specifico, l'impiego di analisi di genomica, proteomica e metabolomica ha contribuito alla miglior conoscenza di meccanismi biochimici e biologici nei sistemi complessi.

pioni di liquidi amniotici. Le pazienti arruolate erano suddivise in 2 classi: una classe di controllo e una classe di donne con feti con traslucenza nucleale aumentata. I campioni in questo caso sono stati analizzati con NMR e HPLC e i dati ottenuti sono stati elaborati con tecniche di analisi statistica multivariata.

Il confronto tra le due classi mostrava una significativa differenza caratterizzata dal fatto che la classe delle traslucenze aumentate mostrava un forte aumento di lattato, formato, asparagina, creatinina, glucosio e glutammina mentre il mio-inositolo era notevolmente diminuito così come molecole antiossidanti come glutathione ridotto e acido ascorbico suggerendo la presenza di un ambiente con forte stress ossidativo. I *pathway* maggiormente alterati risultavano essere il metabolismo della alanina, aspartato e glutammato, metabolismo dell'azoto, glicolisi and gluconeogenesi.

La metabolomica ha dimostrato essere un potenziale mezzo per lo studio di aspetti fisiopatologici di fenomeni in ambito prenatale ancora poco chiari e inesplorati, ponendo le basi per una miglior comprensione biologica e biochimica.

Quando
il sole fatica
a raggiungerla°

50.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose Euro 15,34	50.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose Euro 8,50	25.000 U.I./2,5 ml 2 flaconcini monodose Euro 8,10	25.000 U.I./2,5 ml 1 flaconcino monodose Euro 5,42	DIBASE 10.000 U.I./ml gocce orali, soluzione colecalciferolo (vitamina D ₃) Euro 5,42
--	---	---	---	--

CLASSE A - RR

PER PREVENIRE E TRATTARE LA CARENZA DI VITAMINA D*

ABIOGEN
PHARMA

WWW.ABIOGEN.IT

L'ECCELLENZA, PER TUTTI.

“**Rispondono ai principi** ispiratori del nostro Ssn quelli dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi. Hanno funzione di educazione, formazione ed aggiornamento. Rappresentano uno strumento di 'utilità pratica', indispensabile per ogni azione di governo clinico.



04

CONTRIBUTI

Linee guida, strumento indispensabile per ogni azione di governo clinico



Vito Trojano
Bari

LA NASCITA DELLE LINEE GUIDA nella legislazione sanitaria scaturisce da una serie di concause che possono essere così riassunte: la crisi economica dei sistemi sanitari, contemporanea alla crescita della domanda e dei costi dell'assistenza; la crescita esponenziale del volume e della complessità della letteratura biomedica; l'evidenza che l'assistenza ricevuta dai pazienti non riflette integralmente i risultati della ricerca, il cui trasferimento nella pratica clinica è ostacolato da numerosi fattori; lo sviluppo delle tecnologie informatiche, culminato nell'esplosione del fenomeno Internet.

Le linee guida, così come i protocolli, le procedure e i percorsi diagnostico-terapeutici - il cui comune obiettivo è ridurre la variabilità di comportamento ingiustificata tra gli operatori - rispondono a uno dei principi ispiratori del nostro Ssn ovvero quello dell'efficacia e dell'appropriatezza degli interventi: le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

Si tratta di raccomandazioni di comportamento clinico assistenziale prodotte attraverso un processo sistematico di revisione della letteratura scientifica e delle opinioni di esperti finalizzate ad assistere sanitari e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza sanitaria più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Hanno funzione di edu-

cazione, formazione ed aggiornamento ma rappresentano soprattutto uno strumento di 'utilità pratica' in quanto creano le condizioni per rendere possibile il monitoraggio della pratica clinica individuando i comportamenti clinici e organizzativi più appropriati. In sintesi sono uno strumento indispensabile per ogni azione di governo clinico.

La costruzione delle Linee Guida avviene attraverso un percorso metodologico complesso supportato da evidenze che impedisce l'autoreferenzialità attribuendo loro forza scientifica. E sebbene la loro applicazione non sia obbligatoria, qualora le raccomandazioni siano espressioni di evidenze dimostrate e riconosciute, è molto rischioso non rispettarle se non si è in grado di giustificarne e documentarne la mancata adesione.

La loro rilevanza in ambito medico legale è riconosciuta ovunque, anche se non sono considerate sostitutive o di maggior valore rispetto alle perizie dei consulenti tecnici. L'orientamento internazionale è pertanto in linea con quello italiano che considera le linee guida uno strumento di lavoro "citabile in giudizio".

A questo riguardo, la portata innovativa della Legge 24/17 per la quale ci siamo tanto battuti in questi anni può essere colta proprio attraverso i due articoli che riguardano le linee guida.

L'articolo 5, che individua le buone pratiche cliniche assistenziali e le raccomandazioni previste dalla linee

guida, da utilizzare nel giudizio penale, alle quali il sanitario deve attenersi per evitare una responsabilità ovvero quelle che sono definite e pubblicate ai sensi di legge. E che devono essere *"elaborate dalle società scientifiche iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della salute, da emanare entro 180 gg dalla data di entrata in vigore della presente legge. Ai fini della presente legge, le linee guida sono inserite nel Sistema nazionale per le linee guida (Snlg) e pubblicate nel sito internet dell'Istituto superiore di sanità e sotto la vigilanza del Ministero della salute"*.

E l'articolo 6 "Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria, che "Introduce nel codice penale l'articolo 590-sexies recante "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario", escludendo la punibilità per imperizia, quando sono rispettate le linee guida e/o le buone pratiche clinico assistenziali. In tal modo viene decretata l'abrogazione del comma 1 dell'articolo 3 della Legge Balduzzi, che prevedeva che il sanitario che rispetti le linee guida rispondeva penalmente solo per colpa grave e dolo.

Anche le recenti, e già numerose sentenze della Corte di Cassazione, suggeriscono l'importanza del rispetto delle linee guida o, in mancanza, delle buone pratiche che risultano adeguate o adattate al caso concreto.

È grazie alla lungimiranza dell'Agoi se possiamo contare sulla grande

esperienza acquisita dalla Fondazione Confalonieri-Ragonese che ha prodotto e continua produrre, oggi in collaborazione con la Sigo e l'Agui, Lg di grande utilità nelle nostre realtà ospedaliere.

Questo percorso e il relativo bagaglio di esperienza accumulato negli anni è parte integrante del patrimonio delle nostre società scientifiche di ginecologia e ostetricia che ci ha consentito di essere anche un interlocutore attivo con le istituzioni, in primis Ministero della salute e Agenas. Mi limiterò qui a ricordare, tra le collaborazioni più recenti che mi hanno visto personalmente coinvolto come Agoi, il contributo delle nostre società scientifiche nell'elaborazione del Piano Nazionale per la Fertilità, nelle Linee di indirizzo clinico organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza e nella Revisione delle Linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale. Al di là di un sano 'orgoglio associativo', l'importanza di queste collaborazioni - che ha tra i suoi punti di forza i percorsi diagnostico terapeutici elaborati dalle nostre Società Scientifiche - risiede nell'obiettivo che è anche un nostro principio-guida: quello di favorire una maggiore ricaduta dei risultati del nostro sapere e della nostra esperienza scientifica, clinica e assistenziale sulla salute femminile e materno-infantile.



05

CONTRIBUTI

Educare alla buona alimentazione in gravidanza: un investimento per il benessere della popolazione

La salute è un bene prezioso e, come il denaro, non abbiamo mai una vera idea del suo valore fino a quando la perdiamo

JOSH BILLINGS



Maurizio Silvestri
Spoleto

I PRIMI 1000 GIORNI: DAL PERCORSO NASCITA AL PERCORSO CRESCITA

Se L'uomo è ciò che mangia il figlio sarà ciò che mangia la mamma soprattutto nei primi 1000 giorni, cioè nei 9 mesi della gravidanza (270 giorni) e nei primi 2 anni di vita (730 giorni). In questo arco di tempo si costruiscono le "fondamenta" dell'organismo ed è bene che siano solide. Nei primi 1000 giorni gli organi completano la loro maturazione e presentano il cosiddetto periodo critico durante il quale si adattano all'ambiente in cui si sviluppano. Nel periodo critico gli stili di vita materni, soprattutto l'alimentazione, agendo sulla modulazione dei geni che controllano le NCD, hanno un ruolo importante nel programmare la salute del nascituro. Questi periodi critici si collocano prevalentemente nei primi 270 giorni; quindi è grande la responsabilità di noi operatori del percorso nascita. Programmi di prevenzione per le NCD sono più efficaci se attuati nei primi 1.000 giorni, ma soprattutto nei primi 270 di questi 1000 giorni. Educa-



re agli stili di vita sani e alla buona alimentazione soprattutto in gravidanza è un buon investimento per il benessere della popolazione.

È difficile dare consigli sull'alimentazione alla gestante, a tale proposito è stato proposto di tutto ma anche il contrario di tutto. Necessario stabilire alcuni punti fermi. Mangiare italiano e leggere attentamente le etichette: la nostra legge sull'etichettatura è tra le più avanzate al mondo. Seguire la stagionalità: coltivazioni intensive che danno frutta e verdura fuori stagione usano molta acqua diluendo i nutrienti. Prediligere alimenti a Km 0: per consumare alimenti freschi e promuovere la sostenibilità ambientale.

Comunque gli esseri viventi da sempre sanno cosa è bene mangiare. Noi però stiamo perdendo la memoria e, aiutati dalla pubblicità, diventiamo grandi consumatori dei cosiddetti "cibi spazzatura". La nostra biologia però è ferma a milioni di anni fa quando mangiare era il problema, non ci siamo evoluti a fronteggiare questo mondo opulento con troppo cibo disponibile, anche di bassa qualità, consu-

“

Stiamo perdendo la memoria e, aiutati dalla pubblicità, diventiamo grandi consumatori dei cosiddetti "cibi spazzatura"



A SPOLETO NASCE IL PROGETTO "1000 GIORNI INSIEME"

Migliorare la nutrizione delle gestanti e dei bambini rappresenta un'opportunità di benessere ma anche uno strumento efficace e di basso costo per la sostenibilità economica del SSN. Il progetto, che ho curato insieme a **Giulia de Iaco** e **Simonetta Marucci**, vuole stimolare la diade madre e figlio, all'adozione di stili di vita sani e soprattutto di una corretta alimentazione nei primi 1000 giorni. Nei giorni successivi non perdiamoci di vista continuando quest'attività, insieme ai pediatri, nell'ambito della famiglia.



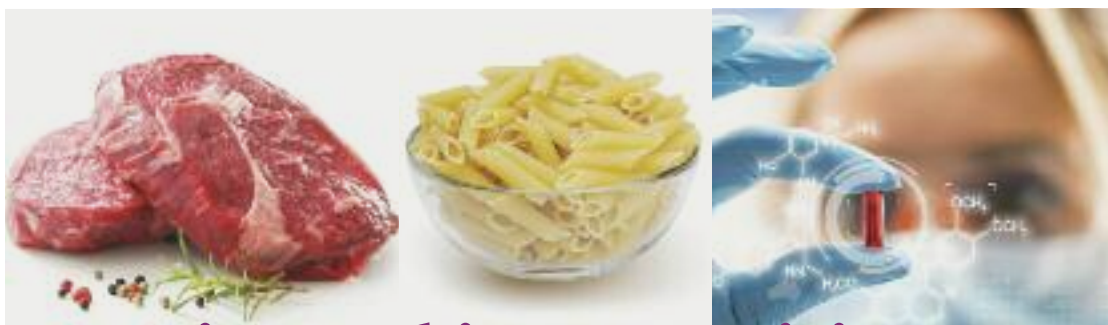
mabile ogni qual volta si voglia. La nostra evoluzione lenta e progressiva, attraverso una selezione naturale, ci ha portati ad essere la specie dominante. Il consumo del cibo spazzatura, associato ad altri stili di vita sbagliati, sta deteriorando il nostro fenotipo. Per la prima volta potremmo assistere al suo peggioramento con la conseguenza che le generazioni successive avranno una qualità di vita peggiore e un'aspettativa di vita minore rispetto alle precedenti. Non è mai accaduto se non durante guerre e/o epidemie.

La Repubblica italiana la tutela come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (Costituzione, articolo 32). Per tutelarla ha istituito il Sistema Sanitario Nazionale pubblico, universalistico e solidaristico. È tra i migliori al mondo ma a rischio di sostenibilità economica poiché troppo costoso.

La prevenzione delle NCD, che assorbono circa l'80% della spesa sanitaria, è una via percorribile per abbassarne le spese; si libereranno così risorse da reinvestire nel nostro sistema sanitario e renderlo ancora sostenibile alle future generazioni. Per l'OMS le NCD rappresentano l'emergenza sa-

“

L'obesità infantile favorisce i disturbi del comportamento alimentare per la maggiore insoddisfazione del loro corpo che hanno gli adolescenti obesi



Genetica, ambiente, nutrizione e stili di vita

IL 22 GIUGNO 2003 si è concluso il progetto genoma. L'entusiasmo per il completamento del progetto è stato mitigato dalla constatazione che il 99,8 dei geni sono risultati identici in ogni individuo. Eppure non siamo tutti uguali! Le ricerche successive hanno dimostrato che solo una piccola parte dei geni, contenuti nei circa due metri di DNA presente in ognuna delle nostre cellule, viene trascritta e fornisce informazioni per la costruzione del fenotipo. Essi non sono sempre gli stessi ed è per questo che, pur avendo tutti i medesimi geni, non siamo tutti uguali. In ogni individuo sono differenti i geni che vengono espressi e quelli silenziati.

L'epigenetica, la branca della genetica che studia i cambiamenti dei caratteri ereditari non attribuibili alla modifica del genoma, permette di spiegare quanto sopra. Se consideriamo il genoma un catalogo con le informazioni per la costruzione del fenotipo, l'epigenoma indica quali sono le informazioni da prendere (geni da trascrivere) e quelle da ignorare (geni da silenziare).

L'epigenoma è modificato dall'interazione con l'ambiente. Stress, contaminanti ambientali e alimentazione possono cambiare "le indicazioni" sui geni da trascrivere, quindi cambiare il fenotipo. L'epigenetica affascina poiché è liberale: non siamo predeterminati, prigionieri del DNA, ma artefici del nostro destino.

Un corretto stile di vita contribuisce a silenziare, o almeno a ritardare l'attivazione, di geni che controllano le Not Communicable Diseases (NCD) malattie non comunicabili cioè le malattie non trasmissibili.

Mentre le malattie trasmissibili o infettive hanno un vettore batterico o virale, le non trasmissibili sono favorite dalla modulazione, espressione o silenziamento, dei geni che le controllano. La mortalità per malattie infettive è in diminuzione, quella per le malattie non trasmissibili, contro le quali abbiamo soprattutto la prevenzione, è in forte aumento. I costi per la diagnosi, il trattamento e follow up delle NCD assorbono circa l'80% della spesa sanitaria.

L'uomo è ciò che mangia (Ludwing Feuerbach)

Fra gli stili di vita è l'alimentazione quella con maggiore impatto sulla modulazione dei geni che controllano le NCD, quindi sulla loro prevenzione. Senza farci contaminare dalla filosofia basta guardarci attorno. Nel mondo delle api. L'ape regina vive più a lungo, ha dimensioni maggiori ed è fertile, eppure ha gli stessi geni dell'ape operaia. La pappa reale fa la differenza!

Nel mondo dei gemelli. Gemelli omozigoti separati alla nascita ed allevati con differenti stili di vita, svilupperanno fenotipi differenti.

Nel mondo dei topi. I topi con pelo giallo, obesi e con espresso il "Gene Agouti", presentano un elevato rischio di diabete e cancro. Quelli con pelo marrone, non obesi e con basso rischio di malattia presentano silenziato il Gene Agouti.

Topi femmina con pelo giallo e obesa, alimentate in gravidanza con dieta ricca di folati, avranno molte probabilità di partorire topi con pelo marroni e non obesi. Durante la gravidanza in questi feti viene silenziato il Gene Agouti che è espresso nella madre. Differente alimentazione in gravidanza, differente modulazione del Gene Agouti, differente fenotipo nei figli.

nitaria del terzo millennio e pone l'obiettivo di ridurre di 1/3, entro il 2030, la morte determinata da esse. Lancia lo slogan "Salvare vite umane, spendendo meno: una risposta strategica alle N.C.D.", e nel suo ultimo rapporto dimostra che: *per ogni dollaro USA investito in azioni mirate per affrontare le malattie non trasmissibili nei paesi a basso e medio reddito, il ritorno previsto per la società sarà di almeno 7 dollari USA in termini di aumento dell'occupazione, della produttività e di una vita più lunga.*

Per raggiungere questo scopo l'OMS propone tra l'altro la tassazione dissuasiva su tabacco e alcol e la riformulazione del NaCl nei prodotti alimentari per ridurre l'assunzione di questo sale. Nel frattempo nel Regno Unito è istituita la Sugar Tax, imposta sulle

bibite zuccherate per prevenire l'obesità infantile. Analoga iniziativa è già stata adottata in Messico dove, dopo alcuni mesi di ridotto consumo di bevande zuccherate, progressivamente è aumentato l'acquisto di quelle di minore costo ma anche di minore qualità. Si è così bilanciato l'aumento di prezzo dovuto alla tassa consumando prodotti peggiori e con peggiore impatto sulla salute.

Dal percorso nascita al percorso crescita.

Programmi di educazione alla buona alimentazione e ai corretti stili di vita nei primi 1000 giorni sono l'alternativa alla tassazione "dissuasiva". L'obiettivo è prevenire le NCD e soprattutto l'obesità, *il malessere nel benessere*, che è anche concausa di molte malattie non comunicabili. Quella infantile, inoltre, favorisce i disturbi del comportamento alimentare per la maggiore insoddisfazione del loro corpo che hanno gli adolescenti obesi.





I gruppi di studio Sigo: uno strumento di crescita scientifica e clinica per l'intera ginecologia italiana

In questo primo biennio di presidenza SIGO del Prof. Scambia sono stati attivati operae resi operativi i primi 6 progetti di studio multicentrici per produrre dati italiani Evidence Based sui seguenti hot-points in ginecologia e ostetricia che vi vengo qui presentati sinteticamente con lo stato di avanzamento dei lavori al settembre 2018.



Enrico Vizza
Roma

Il direttivo Sigo, all'atto del suo insediamento, facendo propria una proposta del Presidente Scambia, ha ritenuto strategico attivare alcuni gruppi di studio su altrettante aree di interesse scientifico e clinico in cui realizzare una sinergia tra centri ospedalieri ed universitari sotto l'egida della Sigo condividendo l'esperienza clinica. Inoltre, la finalità è quella di interfacciarsi con realtà istituzionali quali l'Iss e le Regioni per sviluppare dei Big Data utili scientifici e clinici appetibili per il mondo della ricerca privata farmaceutica e strumentale. In questo primo biennio di presidenza Sigo del Prof. Scambia sono stati attivati operae resi operativi i primi 6 progetti di studio multicentrici per produrre dati italiani Evidence Based sui seguenti hot-points in ginecologia e ostetricia che vi vengo qui presentati sinteticamente con lo stato di avanzamento dei lavori al settembre 2018.

1) Un gruppo di studio sulle **differenze tra lo screening ecografico precoce (28-32 settimane) o tardivo (35-37 settimane) per migliorare la diagnosi dei difetti di accrescimento intrauterino** coordinato dal Prof. E. Ferrazzi. Il protocollo tradizionale prevede che venga eseguita l'ecografia per la valutazione dell'accrescimento fetale a 28-32 settimane, questo studio valuta se sia più efficace uno screening più tardivo per la diagnosi del ritardo di crescita tardivo e della macrosomia fetale. Lo studio viene eseguito in pazienti senza fattori di rischio per difetti di crescita fetale e con gravidanze fisiologiche. Ad oggi è stata ottenuta l'approvazione del comitato etico del centro promotore, sono stati reclu-

tati 16 centri italiani ed istituita una piattaforma di raccolta dati online.

2) **Gruppo di studio Tumori in Gravidanza** che si prefigge di definire la reale incidenza dei tumori in gravidanza. Il gruppo composto da 34 centri ospedalieri e universitari coinvolti nel raccogliere dati epidemiologici e clinici dei casi studiati in un database condiviso è coordinato dal Prof. E. Sartori ed opera in collaborazione dell'Airtum e dell'Iss. Sono stati identificati dei Referenti Regionali e si è proceduto al censimento utilizzando i dati delle SDO e dei registri tumori registrando al momento 4849 casi su 3.497.911 gravidanze, pari all'1,39%, un dato rilevante, si attendono i dati da altre 3 Regioni.

3) **Gruppo Perineal Card** . Un progetto diretto dal Prof. Mauro Cervigni, con la partecipazione di 26 centri, finalizzato ad identificare i fattori di rischio nelle disfunzioni pelvi-perineali fin dal post partum mediante l'istituzione di una **perineal card** , come misura di prevenzione e contenimento del danno perineale da parto vaginale. Questo strumento, istituito dalla Topp (Team Ostetriche Pavimento Pelvico) in seno all'Aiug, permette di quantificare il danno pelvi-perineale subito durante il parto per ogni paziente, attribuendo un punteggio ad ogni singolo fattore di rischio. La perineal card viene compilata alla dimissione e poi a 3 e a 6 mesi dopo parto vaginale a termine, consentirà così il riconoscimento delle situazioni ad alto rischio in modo da poter proporre uno specifico programma di cura conservativo.

4) **Gruppo di studio sui Sarcomi uterini e pelvici** . Sotto il coordinamento della Prof.ssa G. Ferrandina è stata avviata una raccolta dati multicentrica sia prospettica che retrospettiva dal 2010 relativa alle pazienti con sarcomi uterini e pelvici. Nello specifico, le patologie in studio sono i sarcomi uterini, i sarcomi ovarici, gli STUMP, la leiomiomatosis intravenosa e intraperitoneale. La diagnosi prevede una revisione centralizzata dei preparati istologici ed una acquisizione di tutti i dati clinici, epidemiologici, patologici, terapeutici e prognostici delle pazienti arruolate in un apposito database multimediale. I dati raccolti dovranno portare tra l'altro al-

la realizzazione sotto l'egida Sigo di una consensus conference italiana sui sarcomi uterini e pelvici e la successiva stesura di linee guida nazionali.

5) **Gruppo di studio sulla violenza sessuale** coordinato dalla dott.ssa Valeria Dubini. È stato istituito un gruppo nazionale violenza sessuale che ha messo a punto una scheda clinica per aiutare i medici nella valutazione e nella gestione della violenza sessuale sulle donne e dell'abuso sessuale sul minore in accordo con le linee guida.

6) **Gruppo di studio sulla Valutazione del rapporto costo-beneficio nei trattamenti di PMA**

Il gruppo composto attualmente da 7 centri PMA e coordinato dal prof. Luca Gianaroli è finalizzato a valutare alla luce dei nuovi Lea il costo sostenuto per ogni individuo nato attraverso le tecniche di PMA attualmente disponibili in diverse categorie di pazienti, in un'ottica di perseguimento del principio di cost-effectiveness. Lo studio prevede un'analisi retrospettiva della storia clinica e dei trattamenti che hanno portato agli ultimi 100 parti consecutivi in ognuno dei centri coinvolti nello studio e prevede sia analisi stratificate per patologia e percorso diagnostico-terapeutico con comparazione dell'efficacia e dell'efficienza dei diversi protocolli diagnostici e terapeutici utilizzati, individuazione del miglior percorso diagnostico-terapeutico in base al fattore di infertilità individuato, all'età delle pazienti e al TTP. Inoltre, si prefigge l'elaborazione di un possibile test prospettico dei protocolli diagnostici e terapeutici ottimali. Attualmente il gruppo ha definito il metodo e l'organizzazione del flusso dati e la fase di arruolamento dei casi è in fase avanzata avendo i 7 centri arruolato 640 casi sui 700 previsti nella prima fase.

Il Presidente, con l'attivazione di questi gruppi di studio e di altri che seguiranno, intende dare un ruolo operativo e scientifico alla Sigo oltre che politico rendendo la Sigo un catalizzatore della migliore attività di ricerca in campo Ginecologico ed Ostetrico per aumentare la visibilità della Ginecologia Italiana sia verso le Istituzioni che verso mondo scientifico internazionale.



L'importanza di un buon counselling nella contraccezione personalizzata

Nella contraccezione, per arrivare ad una scelta individualizzata, è bene conoscere la storia personale della donna, le sue caratteristiche fisiche, le condizioni di fisiologia e patologia, che permettano o escludano la possibilità di utilizzare un certo metodo anticoncezionale



Emilio Arisi
Trento

OGGI CHE ABBIAMO A DISPOSIZIONE molti tipi di contraccezione, ormonale e non, abbiamo anche la possibilità di qualificare la scelta contraccettiva misurandola con i desideri, i problemi, i bisogni della donna e della coppia. Il metodo adeguato per arrivare ad una scelta individualizzata è certamente quello di un buon counselling, che valuti la storia personale e familiare della donna, i suoi desideri, le sue caratteristiche fisiche, le eventuali condizioni di fisiologia e di patologia, che permettano o escludano la possibilità di utilizzare un certo metodo anticoncezionale e quale, se possibile, scegliere in alternativa. In questo lavoro tratteremo principalmente delle scelte di SARC (short acting reversible contraception) e LARC (long acting reversible contraception).

Gli estrogeni e i progestinici

L'etinilestradiolo rappresenta tuttora l'estrogeno più utilizzato nei contraccettivi ormonali. Negli ultimi anni sono entrati però in commercio i cosiddetti estrogeni naturali, l'estradiolo valerato e l'estradiolo micronizzato, che sono in grado di limitare gli effetti metabolici estrogeno correlati, indurre una minore sintesi di proteine a livello epatico, come la SHBG, l'angiotensinogeno, fattori della coagulazione. Questo rende gli estrogeni naturali teoricamente preferibili nell'età fertile più avanzata quando aumentano i rischi cardiovascolari.

Sono i progestinici che in dose adeguata bloccano l'ovulazione (Tabella a pagina seguente). Tra i progestinici vengono in generale oggi preferiti quelli ad attività anti-androgenica, che, oltre a garantire un adeguato blocco dell'ovulazione, associano

alcune capacità importanti come quella di ridurre i fenomeni periferici quali l'acne, la pelle grassa, la peluria abbondante. I principali rappresentanti di questo gruppo sono il ciproterone acetato (CPA), il drospirenone (DRSP), il dienogest (DNG), il clormadinone acetato (CMA).

Il DRSP ha una struttura molecolare diversa dagli altri progestinici. È un derivato del 17alfa-spirolatone e ha effetto natriuretico, per cui previene la ritenzione idrica, l'aumento di peso, l'aumento della pressione arteriosa, che talora si associano all'uso dei contraccettivi orali. È indicato anche nelle donne con sindrome premestruale fino alla sindrome disforica perimestruale.

Anamnesi e counselling

Il presupposto fondamentale per una corretta scelta è un'anamnesi dettagliata, empatica, che riesca a ricavare non solo gli eventuali bisogni clinici contraccettivi, ma che riesca anche a individuare desideri extra contraccettivi proiettati sul metodo anticoncezionale.

Età

Comunemente l'età dei 35 anni viene indicata come limite massimo di utilizzo della contraccezione ormonale nelle donne che fumano.

L'adolescenza e l'inizio dell'età fertile sono certamente punti di grande interesse per il ginecologo, che, oltre agli aspetti medici, non può esimersi dal collocare la contraccezione anche all'interno del vissuto personale, come quello di evitare gravidanze precoci o malattie sessualmente trasmissibili capaci di influenzare negativamente la fertilità futura della donna. Ne deriva dunque la necessità di indicare preferibilmente strumenti di lungo periodo, come i LARC, poiché la giovane donna è più spesso irrazionale, facile a dimenticanze, non adusa a ponderare i rischi, tentata più spesso di sfidare il destino. I LARC sono i metodi di elezione, perché permettono di affrontare la scelta contraccettiva in un tragitto temporale di lungo periodo, ma al tempo stesso sono complessivamente

te gli strumenti meno costosi e più sicuri. Verranno dunque più facilmente consigliati i sistemi intrauterini al levonorgestrel, ed eventualmente gli impianti sottocutanei. Se queste scelte non saranno possibili si potrà ricorrere alla via orale o all'anello vaginale. Verrà possibilmente evitato il cerotto per il suo eccesso estrogenico.

Se invece l'esigenza dell'adolescente è quella di combattere le frequenti forme di iperandrogenismo, allora sarà opportuno ricorrere ad anticoncezionali per via orale, che contengano progestinici a bassa attività androgenica come il dienogest o il drospirenone. Se i fenomeni sono importanti, a maggior ragione se si correlano con una PCO, sarà da preferire un estro progestinico che contenga il CPA, pur se non ufficialmente registrato come anticoncezionale.

Se si sceglie la via orale è opportuno fare attenzione al dosaggio dell'estrogeno, che non deve andare al di sotto di certi livelli (30 microgrammi) per non implicare perdita di calcio dalle ossa in un momento in cui la formazione della struttura ossea è in corso.

Andrà inoltre raccomandato l'utilizzo contemporaneo del preservativo maschile o femminile per ridurre la possibilità di diffusione delle malattie a trasmissione sessuale, che a questa età galoppino.

Nell'età fertile intermedia il bisogno sarà più spesso quello di evitare o posporre ulteriori gravidanze, di evitare ripetizioni dell'esperienza abortiva, talora quello di correggere eventuali anomalie della mestruazione. L'anamnesi permetterà di individuare facilmente le scelte, che cadranno su un sistema intrauterino al levonorgestrel, se vi fossero flussi mestruali abbondanti, o se l'esigenza contraccettiva fosse assoluta. Allo stesso livello potrà essere scelto l'impianto sottocutaneo. In generale l'uso della contraccezione orale, di quella per via vaginale e di quella transcutanea potranno essere comunque prese in considerazione. In questo momento della vita la donna sarà più sensibile a un discorso sulla prevenzione di alcuni tumori.

Nella età fertile avanzata e premenopausale l'uso di una contraccezione ormonale estroprogestinica può essere utile come accompagnamento verso la menopausa nella donna che non fumi, essendovi dati della letteratura che dimostrano come ciò non comporti o comunque limiti la perdita di calcio dalle ossa. La frequente presenza di flussi mestruali

SEGUE A PAGINA 22

SEGUE DA PAGINA 21

CONTRACCEZIONE PERSONALIZZATA

abbondanti conseguenti all'iperestrogenismo implicherà l'uso dei sistemi intrauterini al levonorgestrel, che vengono indicati come prima scelta dalle nostre linee guida in nazionali e da quelle internazionali. Al di là del puro aspetto anticoncezionale in quest'età una particolare attenzione sarà posta sui benefici extra contraccettivi. Anche qui la donna e il medico non potranno non porre attenzione alla possibile prevenzione dei tumori dell'utero e dell'ovaio.

I desideri della donna

La contraccezione dovrà anche tener conto di esigenze di sicurezza, più o meno elevata, in relazione con le esperienze riproduttive precedenti, come: numero di figli già presenti, aborti spontanei e aborti volontari pregressi e altro ancora, inclusi fattori economici e sociali che possano condizionare le scelte riproduttive future. Precedenti esperienze con metodi contraccettivi ormonali e non ormonali e relativi fenomeni collaterali in corso d'uso, che creano o meno resistenza verso uno o più metodi, saranno certamente alla base della scelta di un metodo piuttosto che di un altro.

Le varie forme della contraccezione

La contraccezione ormonale di oggi diventa varia e percorre diverse vie, orale, cutanea, vaginale, uterina, andando a coprire ognuna una parte di bisogno specifico, sia medico che personale. Non va dimenticata la frequente presenza di allergia al lattosio, che è contenuto in ogni formulazione per via orale.

Le scelte personali - i desideri della donna

Il problema dell'ormonofobia è radicato in certi settori della popolazione femminile, in particolare nelle nazioni anglosassoni. In questi casi ovviamente è meglio che la donna si rivolga alla cosiddetta Green contraception.

I falsi miti e i benefici extra contraccettivi della contraccezione ormonale

Ormai sappiamo, in modo molto chiaro, che la pillola non facilita i tumori ginecologici, semmai ne riduce il numero. In questo senso il nostro counselling dovrà aiutare la donna a liberarsi di falsi miti e di molte leggende metropolitane, come quella che i sistemi intrauterini siano abortivi o che facilitino le infezioni pelviche, che l'uso della pillola vada ogni tanto interrotto o che siano necessari esami di laboratorio per prescriverla o per continuarne l'uso. Sembra invece assodato che l'interruzione dell'uso della pillola faciliti piuttosto le gravidanze indesiderate, in particolare nella coppia non più abituata a pratiche come il coito interrotto. Gli esami vanno fatti solo in condizioni particolari, che una precedente e buona anamnesi hanno individuato, come ad esempio la presenza di fenomeni tromboembolici od emorragici nella famiglia. Eseguirli di routine implica inutili spese per il sistema sanitario nazionale e superflui impegni organizzativi, e talora anche economici, per la donna utilizzatrice.

I fenomeni collaterali e come correggerli

L'eccesso di estrogeni può determinare nausea, vomito, edema, tensione al seno, tensione premenstruale. La carenza di estrogeni potrebbe determinare sudorazioni, vampate di calore, irritabilità, distrofia vaginale, ipomenorrea, diminuzione della libido. L'eccesso di attività progestinica può indurre sintomi simili a quelli della carenza estrogenica, inclusi la ipomenorrea-amenorrea, la dimi-

nuzione della libido, la secchezza vaginale. La carenza di attività progestinica determina disturbi del comportamento mestruale (spotting, menorragia, metrorragia). La scelta della componente progestinica sarà guidata dalle sue caratteristiche biochimiche (vedi Tabella). La riduzione delle dosi dell'EE a 35, 30, 20, 15 microgrammi permette di modulare al basso i fenomeni collaterali estrogeno-correlati. La riduzione dell'intervallo libero da ormoni con i regimi 24/4 ha permesso di ridurre i fenomeni collaterali peri-mestruali come l'emicrania e la dismenorrea, così come la quantità della mestruazione.

Eventuali patologie presenti

Molte sono le condizioni cliniche particolari in cui l'utilizzo della contraccezione ormonale è permesso o addirittura indicato, come ad esempio la PCO, l'endometriosi, o il diabete senza complicazioni vascolari. La donna con dismenorrea si gioverà di un trattamento estroprogestinico.

Conclusioni

La contraccezione del futuro permetterà ancora meglio di personalizzare le scelte con l'aiuto della farmaco genomica e della proteomica e ci saranno strumenti informatici che permetteranno una somministrazione dei farmaci in dosi minime, sufficienti e al momento opportuno su comando della donna. L'esperienza e la scienza permetteranno di creare un imbuto in cui si riverserà tutto ciò che progressivamente la ricerca ci fornisce permettendo sempre più di personalizzare il metodo contraccettivo. Le scelte andranno fatte insieme con la donna attraverso un counselling adeguato, che andrà sempre ripetuto con valutazioni in itinere, che a volte obbligheranno a ripartire da zero all'eterna ricerca del metodo contraccettivo ideale che è un po' come l'araba fenice.

“

La contraccezione del futuro permetterà ancora meglio di personalizzare le scelte con l'aiuto della farmaco genomica e della proteomica e ci saranno strumenti informatici che permetteranno una somministrazione dei farmaci in dosi minime, sufficienti e al momento opportuno su comando della donna



08

AGITE

Ginecologi a congresso: un'occasione per dare anche un messaggio alla politica

È nostro diritto-dovere indicare a chi ha la gestione politica del Paese la strada da percorrere per tutelare uno dei più importanti patrimoni culturali, professionali e sociali della nostra Medicina: la scienza che si occupa della donna, della coppia e della famiglia

Ginecologia, insieme ad Ortopedia e Anestesiologia, sarà tra quelle che più avvertirà questa vera e propria crisi degli organici.

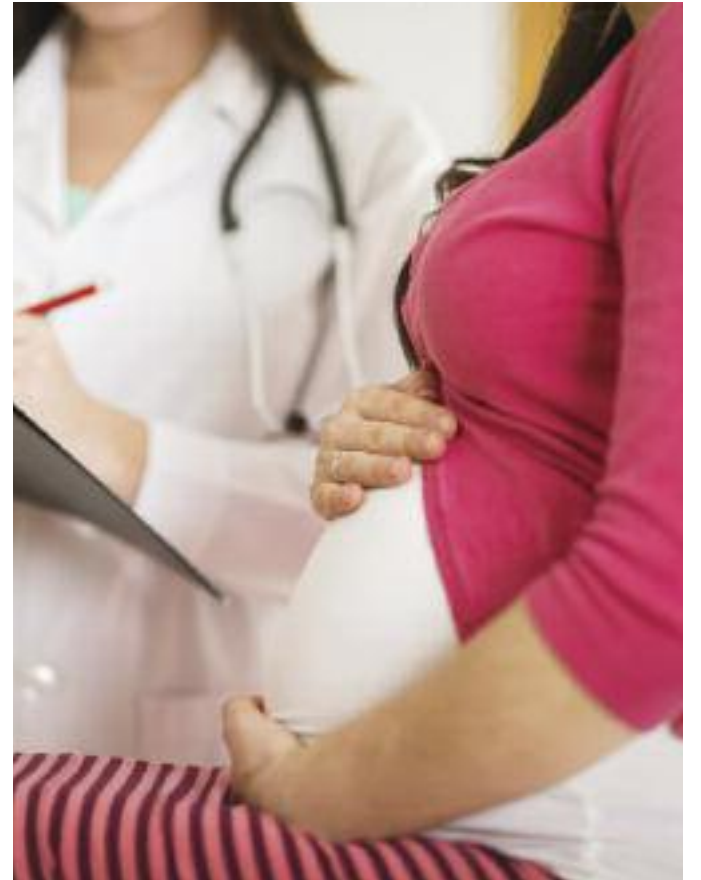
Già oggi si sta assistendo ad un fenomeno nuovo. Spesso i concorsi per nuove assunzioni in realtà provinciali o comunque al di fuori dei grandi centri urbani vanno deserti per assenza o per rinuncia dei candidati. **Non solo, a tutto questo si associano tre nuovi fenomeni.**

Il primo è legato al fatto che i posti messi a disposizione nelle varie Scuole di specialità non sempre vengono coperti dai futuri specializzandi (con la peculiarità che quelli che accedono alle Scuole sono prevalentemente e talvolta esclusivamente soggetti di sesso femminile).

Il secondo fa seguito alle modalità con cui vengono svolte le prove di selezione per l'accesso alle specialità: unico test nazionale con assegnazione per graduatoria della specialità e della sede geografica con la conseguenza che, al termine della specialità, i neo specialisti molto frequentemente tendono a tornare nella loro città di origine, inficiando in qualche misura l'investimento didattico e culturale della Scuola presso la quale sono stati formati. Infine, **il terzo fenomeno** è legato alle conseguenze di questo lungo blocco delle assunzioni che hanno indotto una sorta di gap generazionale tra chi si appresta ad andare in pensione e chi è o è stato assunto relativamente da poco: manca quella generazione di mezzo che può garantire con continuità la trasmissione delle conoscenze e del "mestiere" alle generazioni più giovani.

Tutto questo induce e indurrà profonde mutazioni nel tessuto e nell'organizzazione della nostra professione, soprattutto nell'ambito ospedaliero ma anche in quello territoriale, dove l'età media supera i 55 anni e dove l'incuria e la scarsa attenzione da parte delle amministrazioni negli ultimi 10-15 anni hanno contribuito a

creare un clima di disaffezione, di demotivazione e di attesa infinita, quasi sempre delusa dai fatti. Da molto tempo vado dicendo e scri-



vendo che occorre superare le diffidenze e quella cultura un po' classista che hanno sempre frammentato la nostra categoria. **Università, ospedale e territorio:** tre realtà che spesso non si sono considerate e non hanno fatto nulla per imparare un linguaggio comune. Ora i tempi impongono obbligatoriamente la caduta di quelle barriere e l'osmosi tra questi comparti che devono imparare a colloquiare e a rispettarci.

Mi auguro che, oltre alle numerose sessioni scientifiche, questa edizione congressuale offra l'occasione per una riflessione in questo senso perché resta un nostro diritto-dovere indicare a chi ha la gestione politica del Paese la strada da percorrere per tutelare uno dei più importanti patrimoni culturali, professionali e sociali della nostra Medicina: la scienza che si occupa della donna, della coppia e della famiglia. E sarebbe utile che a queste sessioni "professionali" venissero invitati gli studenti di Medicina degli ultimi anni e i giovani medici per chiarire loro dubbi e perplessità e per raccontare loro il fascino della nostra professione.

“

Mi auguro che, oltre alle numerose sessioni scientifiche, questa edizione congressuale offra l'occasione per una riflessione in questo senso perché resta un nostro diritto-dovere indicare a chi ha la gestione politica del Paese la strada da percorrere per tutelare uno dei più importanti patrimoni culturali, professionali e sociali della nostra Medicina



Sandro M. Viglino
Genova

Questa edizione congressuale si annuncia molto interessante proprio perché la scelta dei temi sottende l'impegno che i Presidenti hanno voluto concentrare soprattutto su alcuni aspetti della disciplina, in particolare laddove si sottolinea l'importanza delle sfide future che ci attendono in molti ambiti della Ginecologia e soprattutto della Ostetricia.

Secondo quanto deliberato nel 2016, anche quest'anno Agite non terrà il suo Congresso nazionale che avrà cadenza triennale e coinciderà col rinnovo delle cariche statutarie: quindi si terrà nel 2019 a Napoli perché quella sarà la sede dei Congressi Sigo-Aogoi-Agui nei prossimi tre anni. Si terrà invece un'Assemblea nazionale per fare il punto sull'organizzazione e sulle attività delle diverse delegazioni regionali dell'Associazione che anche quest'anno (così come accadrà il prossimo) si sono distinte per una serie di iniziative scientifiche estremamente interessanti e molto partecipate. Ma Agite sarà comunque presente al Congresso nazionale portando il suo contributo in diverse sessioni scientifiche attraverso i suoi rappresentanti, a partire dal sottoscritto.

I temi sui quali verteranno relazioni e partecipazioni sono i temi classici di competenza territoriale alla luce però di quanto sta avvenendo nella nostra specialità. È ormai noto – e gli ultimi dati non fanno che confermarlo – che nei prossimi anni, a causa di un massivo ricorso al pensionamento di molti colleghi, si apriranno enormi varchi negli organici sia in ambito ospedaliero che sul territorio. Tutte le branche specialistiche (per non parlare dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta) andranno in sofferenza e la

09

SIGITE

Il presente e il prossimo futuro

La presentazione dei *discussant* e delle relazioni che saranno discusse nel corso del Simposio satellite della Società Italiana Ginecologia Terza Età in programma lunedì 29 ottobre nel corso del congresso nazionale Sigo, Aogoi, Agui



Mario Gallo
Torino

La sessione “Il presente e il prossimo futuro”, in programma lunedì 29 ottobre 2018 (ore 16,30 - Aula I), sarà composta da relazioni sia a carattere scientifico sia clinico con un taglio estremamente pratico. Il titolo richiama quanto presentato dalla nostra Società alla III Giornata Nazionale della Salute della Donna, tenutasi il 21 aprile scorso presso il Ministero della Salute a Roma nell’ambito della formazione e dell’aggiornamento in endocrinologia ginecologica che da sempre ha rappresentato la Sigite, come verrà puntualizzato dal sottoscritto, in veste di Presidente della Società, in apertura del Simposio.

I recenti dati della letteratura sembrano indirizzarci verso una strada giusta di equilibrio e di determinazione per il mantenimento della buona salute e della prevenzione delle malattie tipiche della donna nella terza età. In un momento dove la cura della malattia e dell’assistenza sanitaria stanno diventando una progressiva emergenza, per costi e per fattibilità, la prevenzione assume sempre più un ruolo chiave. In quest’ottica assumono sempre più valore le nostre raccomandazioni raccolte nel folder “Menopausa, istruzioni per renderla migliore in 10 punti” proposte lo scorso anno che sono state e continuano a essere un punto di riferimento nel definire corretti stili di vita e di salute e a fornire adeguate indicazioni terapeutiche per problematiche relative al periodo della menopausa. Per questi



motivi abbiamo scelto i seguenti argomenti:

SINTOMI NEUROVEGETATIVI E SISTEMA NERVOSO CENTRALE MASSIMO STOMATI

L’ATROFIA VULVOVAGINALE: UN TABÙ DA INFRANGERE FRANCESCA NOCERA

TOS E APPARATO CARDIOVASCOLARE SILVIA MAFFEI

TERAPIE COMPLEMENTARI IN MENOPAUSA: NUOVE EVIDENZE SCIENTIFICHE DOMENICO GULLO

Nella prima relazione si puntualizzeranno, oltre alle **alterazioni dell’omeostasi termoregolatoria ipotalamica**, le modificazioni dei sistemi neuroendocrini e neuro-trasmittitoriali, correlate alla diminuzione degli estrogeni, progesterone e androgeni che sono in grado di influire negativamente sul benessere psico-fisico della donna e che potrebbero spiegare, almeno in parte, l’aumentata incidenza di disturbi psichici e neurologici in epoca postmenopausale, rispetto a quella osservata nelle donne in età fertile. In quest’ottica l’approccio alla paziente in menopausa risulta di tipo integrato tenendo conto della donna nella sua totalità, corpo e psiche, considerando la prevenzione e la cura sia delle patologie organiche che dei sintomi neuro-vegetativi menopausa correlati. Verrà successivamente trattata l’**atrofia vulvovaginale**, patologia cronica e inevitabile in assenza di specifici trattamenti, che ha alla base una profonda “involuzione” dello stato nutrizionale e della vascolarizzazione delle cellule vaginali, vulvari e delle base vie urinarie (vescica ed uretra) e che è sostenuta dalla carenza estrogenica protratta. La scarsa informazione delle donne circa l’origine e la cronicità di questi sintomi e ancora di più il non adeguato inquadramento del problema da parte del medico, fa sì che ancora oggi questa problematica venga sottovalutata da entrambe le parti e trattata in maniera inadeguata se non addirittura impropria con conseguente grave compromissione della vita di coppia e della percezione del benessere personale. È quindi fondamentale esportare le conoscenze degli “addetti ai lavori” a tutte le figure professionali che si prendono carico della salute femminile, dal medico di famiglia all’oncologo. La sessione si concluderà con due argomenti di estrema attualità. Verranno prese in

esame le novità in tema di salute cardiovascolare e terapia ormonale sostitutiva confermando i vantaggi della TOS nelle formulazioni estro-progestiniche “classiche” e presentando nuove strategie terapeutiche quali SERM e T-SEC. Queste argomentazioni cercheranno di superare le pessimistiche conclusioni dello studio WHI che per anni ha condizionato l’opinione scientifica mondiale non solo in ambito ginecologico, ma anche oncologico e cardiovascolare verso la sfiducia negli effetti positivi della terapia ormonale sostitutiva (TOS) nelle donne in postmenopausa.

L’ultima relazione prende spunto dal fatto che è notevolmente aumentato sia il numero di richieste per alleviare i sintomi della menopausa sia l’utilizzo autonomo di approcci terapeutici naturali, non ormonali, alternativi e/o complementari alle ufficiali terapie convenzionali fornendo spunti di riflessione e approfondimenti per coloro che hanno interesse ad offrire un’arma sanitaria in più a questo delicato settore della salute della donna.

Verrà fatta chiarezza sui termini “complementari/non convenzionali” e fornite adeguate informazioni sul profilo di sicurezza e di efficacia di tali trattamenti prendendo in esame le prove scientifiche disponibili seppur limitate a causa di bias legate ai pochi studi randomizzati e controllati con rigore metodologico. Particolare attenzione sarà rivolta alla fitoterapia in quanto i fitoterapici, commercializzati come integratori alimentari di origine naturale autorizzati alla commercializzazione dall’Efsa (European Food Safety Authority) e dall’Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) hanno modalità di coltivazione, stoccaggio, estrazione, purificazione, titolazione che se non ben conosciute possono esporre a maggiori rischi di eventi avversi o interazioni in occasione di contemporaneo utilizzo con farmaci convenzionali.

I *discussant* **Angela Maria Becorpi** (Firenze) e **Carlo Mapelli** (Milano) e i moderatori **Stefano Lello** (Roma) e **Maria Concetta Pandolfo** (Palermo) stimoleranno il dibattito e il confronto con l’uditorio.

Al termine del congresso nazionale le relazioni e i commenti verranno pubblicati sul **sito www.sigite.eu**



“

Le nostre raccomandazioni raccolte nel folder “Menopausa, istruzioni per renderla migliore in 10 punti” proposte lo scorso anno continuano a essere un punto di riferimento nel definire corretti stili di vita e di salute

VULVOVAGINITE MICOTICA RICORRENTE

TRATTAMENTO



Ovuli vaginali da 2 g

**Riduce rapidamente i sintomi
quali prurito e irritazione**

**Acido borico 600 mg
Acido ialuronico
Melaleuca (Tea tree Oil)
Avenantramidi**

Indicazioni:

- **Vulvovaginite micotica**
1 ovulo la sera per 7-14 gg
in associazione alla terapia farmacologica
- **Vulvovaginite micotica ricorrente:**
1 ovulo la sera due volte a settimana
per 6 mesi

PREVENZIONE



Tubo da 30 ml + 5 cannule

**Acido borico
Acido ialuronico
Melaleuca (Tea tree Oil)**

Indicazioni:

- **Vulvovaginite micotica ricorrente**
1 applicazione due volte a settimana
per 3 mesi

10

A.I.O.

Ospedale e territorio per favorire il travaglio e il parto fisiologico



Antonella Marchi
Siena

L'ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA in seguito all'Assemblea Nazionale dei soci svoltasi a fine Maggio 2018 nella sua sede di Milano, ha stabilito di promuovere **dieci passi per l'ospedale + sette passi per il territorio** per sostenere il travaglio ed il parto fisiologico vaginale.

Nei primi giorni di giugno il Dipartimento Scientifico AIO invierà un breve questionario ai Direttori di struttura complessa e alle Posizioni Organizzative e Coordinatori Ostetriche al fine di comprendere (in modo anonimo) qual è la realtà assistenziale Italiana, riguardo all'organizzazione dei luoghi del parto. Poiché da sempre impegnati nella promozione di un

percorso assistenziale improntato sulla **fisiologia**, in seguito ai risultati dei questionari che presenteremo nel Simposio AIO del Congresso Nazionale SIGO 2018, proseguiremo in questa attività per attribuire un **CUORE** alle Maternità e ai Consultori Italiani rispettosi delle donne, delle famiglie e dei 10+7 passi. L'obiettivo è sensibilizzare e supportare le strutture assistenziali per il miglioramento dell'appropriatezza e dell'umanizzazione della nascita attraverso i nostri *passi* e al tempo stesso fornire alle donne e alle famiglie uno strumento per riconoscere (tramite il simbolo del *cuore*) ospedali e consultori rispettosi della fisiologia.



Roberta Giornelli
Gorizia

OSPEDALE

- Definire una politica aziendale** per l'assistenza al travaglio e al parto vaginale, attraverso l'implementazione e l'adozione del percorso nascita, promuovendo la collaborazione tra i professionisti della struttura, del territorio, i gruppi di sostegno, i medici di famiglia e la comunità locale, per creare reti di sostegno cui indirizzare le future madri. La prima azione che le strutture devono attuare è che la donna abbia a disposizione un'ostetrica per tutto il travaglio e parto (one-to-one).
- Definire un protocollo scritto o una procedura** per l'assistenza al travaglio e al parto vaginale da far conoscere a tutti i professionisti sanitari.
- Preparare tutti i professionisti sanitari** per attuare compiutamente questo protocollo, formando i clinici, i medici e le ostetriche a una gestione del travaglio e del parto basata sull'evidenza, sugli audit clinici e sull'utilizzo del feedback clinico.
- Informare tutte le donne in gravidanza e i loro familiari** dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'assistenza al travaglio e al parto vaginale, anche durante i corsi di accompagnamento alla nascita che devono essere aperti anche ai familiari, offrendo aiuto se necessario.
- Non accondiscendere alla richiesta volontaria di taglio cesareo elettivo** tranne che su precisa prescrizione medica.
- Organizzare e gestire un ambulatorio dedicato alle pazienti pre-cesarizzate** incontrandole all'inizio della gravidanza allo scopo di

favorire il parto vaginale (VBAC).

- Organizzare e gestire un ambulatorio dedicato alle pazienti con feto in presentazione podalica** dove offrire metodiche alternative al taglio cesareo.
- Incoraggiare l'utilizzo di metodiche non farmacologiche di ipoanalgesia secondo il modello dell'Empowerment:**
 - movimento
 - uso di posizioni libere
 - massaggio
 - respiro con vocalizzazione
 - uso dell'acqua
 - applicazioni caldo-freddo
 - agopuntura
 - moxibustione
 - iniezioni di acqua distillata
 - shiatsu
 - medicine naturali
 - ascolto del proprio corpo per sentire la potenza dell'ossitocina e delle endorfine
 - contatto fisico dei partner pelle a pelle per stimolare la produzione degli ormoni dell'Amore
 - supporto emotivo dell'ostetrica e dei familiari, un ambiente protetto: silenzioso, luci basse, evitare la presenza numerosa di persone, curare il bisogno di intimità e sicurezza, privacy e calore umano)
 - essere accompagnata dalla propria ostetrica libera professionista.

e farmacologiche per il contenimento del dolore in travaglio.

- Implementare una lista delle principali indicazioni al taglio cesareo elettivo**, collaborando con i diversi specialisti interessati: ortopedici, oculisti, neurologi, psichiatri, e via dicendo.

- Creare ambienti accoglienti** per favorire l'assistenza al travaglio e al parto vaginale.

TERRITORIO

- Definire una politica aziendale** per l'assistenza al travaglio e al parto vaginale, attraverso l'implementazione e l'adozione di un percorso nascita, promuovendo la collaborazione tra il personale della struttura, l'ospedale, i gruppi di sostegno, i medici di famiglia e la comunità locale, per creare reti di sostegno cui indirizzare le future madri.
- Formare tutti i professionisti** per attuare la politica aziendale.
- Informare tutte le donne in gravidanza e le loro famiglie** sui benefici e sulla pratica dell'assistenza al travaglio e al parto vaginale.
- Organizzare e condurre i corsi di accompagnamento alla nascita fin dall'inizio della gravidanza**, finalizzati a sviluppare l'Empowerment della donna e della coppia ed a migliorare il livello di consapevolezza dei futuri genitori, promuovendo e diffondendo la cultura del parto vaginale.
- Organizzare e gestire un ambulatorio di fisiologia della gravidanza** condotto dalle ostetriche.
- Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento del travaglio vaginale.**
- Creare gruppi di sostegno nelle comunità locali.**



Declino del Ssn: i rischi per la professione medica e i cittadini. L'attuale ruolo del Sindacato



“ Per favorire il miglioramento della formazione FESMED ritiene insostituibile il coinvolgimento delle *Società Scientifiche* che dovrebbero collaborare alla stesura dei programmi formativi, dei criteri per l'individuazione dei Reparti più idonei per la formazione specialistica e dei requisiti che devono avere i tutor ai quali verranno affidati gli specializzandi

“ **La sanità defanziata, gli specialisti in calo, il medico appiattito dalle norme contrattuali e dal blocco del salario. Queste alcune delle cause che stanno determinando la crisi del Ssn a tutto svantaggio dei cittadini e del personale medico. Serve un'inversione di tendenza**



Giuseppe Ettore
Catania

LA CRISI DEL Ssn è causa della progressiva insoddisfazione dell'utenza e dei professionisti per i numerosi problemi oramai da lungo tempo cronicizzati. A causa del crescente defanziamento della Sanità il numero degli specialisti è in forte calo e la professione medica è appiattita dalle attuali norme contrattuali e dal blocco del salario.

La **carenza dei medici** è l'emblema:

- dell'elevato disagio professionale con una progressiva fuga verso la sanità privata a causa di pessime condizioni di lavoro e di trattamenti economici sempre meno gratificanti;
 - della mancata programmazione dei fabbisogni di nuove leve di specialisti;
 - della ridotta scelta di specializzazioni ad elevato rischio professionale ed impegno formativo.
- Il **contratto di lavoro** 2016-2018 di circa 150.000 dirigenti medici, dopo nove anni, attende ancora interventi legislativi che rappresentino la reale volontà politica nei confronti della Sanità pubblica. In merito alla carenza di medici specialisti che si registra nel Ssn, la FESMED e le OO.SS. rappresentative dei medici, a fronte:
- dell'inadeguato programma di accesso alla facoltà di medicina e alle scuole di specializzazione;
 - di un meccanismo "non performante" di ingresso alle scuole stesse;
 - dell'insufficiente formazione post-laurea;
 - dell'estrema difficoltà a completare l'iter tecnico-culturale;

hanno più volte denunciato:

- la mancanza di un'attenta analisi del fenomeno;
- le anomalie del sistema di selezione e formazio-

ne del personale;

- il numero insufficiente di specialisti prodotto attualmente dalle scuole di specializzazione per coprire il fabbisogno indotto dai progressivi pensionamenti;
- lo squilibrio tra medici laureati e accesso alla formazione specialistica post laurea;
- l'inadeguata programmazione universitaria delle varie discipline che non tiene conto delle reali esigenze del mercato del lavoro.

L'attuale programmazione si è rilevata inadeguata e richiede un significativo aumento del numero di borse di specializzazione. Considerato che si prevede il pensionamento di circa 30.000 medici nel prossimo quinquennio riteniamo che si dovrà andare al raddoppio delle borse attuali. È stata inoltrata ufficiale istanza e auspichiamo un preciso e reale impegno da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e del MIUR nel definire un percorso uniforme e sinergico e del MEF per disporre le risorse necessarie.

Il concorso nazionale, basandosi su una graduatoria in cui i candidati scelgono il tipo e la sede della scuola in base alle loro preferenze, pone varie criticità e in alcuni ambiti, come quello chirurgico, questo sistema ha determinato l'ingresso nelle scuole di specializzazione di neo laureati che in prima battuta avevano scelto discipline del tutto differenti e non affini alla chirurgia. Il cambio d'indirizzo dopo un anno lascia posti vacanti e contratti perduti o, peggio ancora, vanno avanti in maniera passiva in un percorso chirurgico che li porta a specialisti "chirurghi non chirurghi". Analogamente, anche nell'area di ostetricia si è registrato un forte decremento delle *technical skills* a causa di percorsi formativi insufficienti, non supportati da programmi di simulazione e la fuga dei medici dalle sale parti per l'elevato contenzioso medico legale e gli onerosi risarcimenti. Inoltre, alcune Università non sono in grado di far fronte a tale richiesta e di conseguenza occorrerà rivalutare la proposta, a suo tem-

po presentata dalle OOSS, di istituire gli *Ospedali di Insegnamento* con compiti integrativi rispetto a quelli dell'Università, per garantire adeguati standard quantitativi e qualitativi di formazione e consentire agli specializzandi una reale formazione sul campo per prepararli all'ingresso nell'ambito lavorativo con una buona autonomia.

Per favorire il miglioramento della formazione FESMED ritiene insostituibile il coinvolgimento delle *Società Scientifiche* che dovrebbero collaborare alla stesura dei programmi formativi, dei criteri per l'individuazione dei Reparti più idonei per la formazione specialistica e dei requisiti che devono avere i tutor ai quali verranno affidati gli specializzandi.

Altro tema critico è rappresentato dal **calcolo del fabbisogno di personale** correlati ai volumi e alla complessità delle attività specialistiche, per ridare sicurezza ai luoghi di lavoro e applicare al meglio la direttiva europea sull'orario di lavoro. Per tale tema, ancora allo studio del Ministero della Salute, è stato chiesto:

- che la riorganizzazione della rete di assistenza secondo il DM 70 identifichi standard assistenziali strettamente legati a dotazioni organiche definite e condivise con le OO.SS e le Società scientifiche;
- di coprire le carenze di personale, che hanno dato origine al crescente fenomeno del precariato, con lo sblocco del turnover e l'avvio dei concorsi.

CONTRATTO

- Dopo otto anni, la trattativa per il rinnovo del Contratto di lavoro è iniziata lo scorso febbraio con la convocazione da parte dell'ARAN delle OO.SS. rappresentative dell'Area della Dirigenza sanitaria.
- Le risorse economiche disponibili sono risultate immediatamente inferiori a quanto stabi-

LE OPERE DI GIOVENALE

LE TRE ETÀ DELLA VITA



*Tecnica mista su tela cm 390 x120,
opera esposta alla mostra permanente
nel reparto di ginecologia del Policlinico
Universitario Agostino Gemelli di Roma*

SEGUE DA PAGINA 27

FESMED

lito dal Governo per tutto il pubblico impiego e a quanto le Regioni hanno concesso alla medicina convenzionata e ambulatoriale. Nella massa salariale dei dirigenti medici non viene riconosciuta l'indennità di esclusività di rapporto, riducendo così gli aumenti dal 3,48% previsto al 3,02% reale.

- I rappresentanti delle OO.SS., dopo aver constatato che non c'era certezza sul finanziamento, il 14 marzo scorso hanno abbandonato il tavolo politico, consentendo di proseguire il confronto con Aran solo sul piano "tecnico", per puro senso di responsabilità e in attesa di risposte positive.

Il lavoro svolto dalle OO.SS. non ha fatto registrare con il nuovo Governo aperture e impegni politici attendibili, non solo per la **componente economica**, ma anche per la **componente normativa** (relazioni sindacali, responsabilità disciplinare, contratto individuale di lavoro, carriera, premialità, formazione, tutela giudiziaria e assicurativa). Il 27 settembre le OO.SS. hanno abbandonato il tavolo tecnico all'ARAN e interrotta la contrattazione in ogni sua forma. Per contrastare il totale appiattimento della professione medica e il blocco del salario, che ha portato negli ultimi anni una riduzione media pro capite per medico di 260 euro, la disponibilità sindacale è stata massima; ora Governo e Regioni trovino le risorse e le soluzioni giuridiche ai problemi che abbiamo evidenziato e diano risposte precise per evitare ai cittadini i disagi che, agitazioni, assemblee e scioperi inevitabilmente determineranno.

La FESMED, per contrastare l'indifferenza della politica, ulteriori rischiosi arretramenti della rappresentatività sindacale e qualificare le azioni necessarie a tutela della nostra dignità professionale, ha avviato un forte dialogo con altre OO.SS. di esclusiva rappresentanza medica; ciò per costruire un patto federativo che possa numericamente determinare una linea sindacale e "politica" autorevole che tenga conto, dei professionisti e dei pazienti. La tutela del personale medico non può e non deve privarsi dei contenuti culturali, scientifici e professionali, caratterizzati dalla formazione e dalla crescita professionale al passo dei tempi, per governare le innovazioni e i profondi cambiamenti organizzativi in sanità.

SEGUE DA PAGINA 35

LA VERA FORZA DELLA LEGGE GELLI

nistrativo-organizzativo, al fine di stimolare comportamenti proattivi che non si limitino all'osservanza normativa.

A livello dell'Unione europea è stata emanata nel 2009 un'importante raccomandazione (la 2009/C 151/01) avente a oggetto: l'implementazione della **patient safety** come una delle **priorità della politica sanitaria**, l'empowerment del paziente e la promozione della **cultura della sicurezza tra i professionisti sanitari**.

Nel 2014 la Commissione europea ha pubblicato un **report sull'implementazione di tale raccomandazione** da cui risulta una buona diffusione della cultura della sicurezza e una progressiva implementazione di strategie e di programmi e azioni concrete.

Tra le aree deficitarie quella relativa all'empowerment del paziente e, soprattutto, quella della **formazione del personale sanitario**.

Dal contesto internazionale emerge che la gestione del rischio clinico richiede oltre al rigoroso rispetto delle **procedure per la sicurezza nei processi diagnostico-terapeutici e assistenziali**, la creazione di una **formamentis** che dia una **centralità culturale all'evidenza del rischio in senso lato**.

Nella sostanza, **tutto il personale deve essere sensibilizzato** rispetto a questa fondamentale esigenza e ciò comporta una formazione ampia e continuativa che dovrebbe essere presente in modo diffuso sin dai **percorsi formativi universitari** post laurea e aziendali.

L'Osservatorio presso l'Agenas sta mettendo sempre più in rilievo il ruolo chiave della formazione per il risk based thinking e sta consacrando grande attenzione alla ricognizione dei modelli di gestione del rischio sanitario e formazione del personale presenti nelle aziende e nelle regioni. Non c'è dubbio che l'Aogoi sia chiamata a svolgere un ruolo di fondamentale importanza nel processo di **aggiornamento e formazione degli specialisti** affinché siano raggiunti elevati livelli di competenza in materia di gestione del rischio sanitario e sicurezza dei pazienti soprattutto in ambito ostetrico-ginecologico per ridurre gli eventi avversi e di conseguenza anche il contenzioso medico-legale.

SEGUE DA PAGINA 37

CHE NE SARÀ DI NOI

scono del fatto che nonostante la disponibilità di tanta perfetta tecnologia e di così ampie possibilità legate allo sviluppo informatico, a volte i medici non siano in grado di risolvere bene e in sicurezza TUTTE le situazioni che la patologia ci pone di fronte. Il costante avanzamento della scienza e della tecnologia finirà per aggravare questo gap tra aspettative (illimitate) e prestazioni (umanamente contenute). E del resto, anche le nostre pazienti e i loro familiari in tempo reale potranno rivolgersi all'assistente informatico ("Ehi, Google, che cosa dovrebbe fare il ginecologo in questa circostanza...?") contestando dal loro punto di vista 'informato' le nostre condotte professionali!

E i giudici, verificheranno le perizie e le nostre condotte alla luce dell'assistente informatico che tutto sa e... tutto vedrà?

È un mondo inesplorato e una professione completamente diversa da quella attuale, con strumenti, regole e inevitabili comportamenti tutti da riscrivere. Viviamo una realtà che si muove così in fretta che le proiezioni statistiche sul passato rischiano di non poter dare le risposte giuste. Nel nostro campo è leggermente diverso, ma chi può immaginare le ripercussioni da utilizzo prolungato di social media? Nessun computer e nessun umano. Non c'è serie statistica che tenga. E prima che potremo farlo i *Social Media* saranno stati soppiantati da altro... Solo l'uomo può immaginare le *possibili* ripercussioni in un contesto in cui le *probabili* ripercussioni sono incalcolabili

Tuttavia anziché chiudere gli occhi credo che bisognerebbe incominciare a parlarne e a costruire nuovi modelli di indirizzo e di formazione: gli operai inglesi della fine del 1700 volevano bruciare i nuovi telai meccanici a vapore perché le macchine avrebbero sostituito le maestranze, creando disoccupazione e rendendo superflua l'attività degli uomini e delle donne. Era evidentemente impossibile arrestare il progresso tecnologico. Oggi cerchiamo di non assumere un identico atteggiamento di rifiuto del nuovo: non è facile ma è certamente meglio cercare di governare il progresso piuttosto che rimanerne schiacciati.