



AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 4 Salute sessuale e riproduttiva**
La prima indagine nazionale
del Ministero della Salute
- 17 Punti nascita**
Aogoi: "Alcuni standard di sicurezza
rimangono imprescindibili
da qualunque revisione"
- 29 Nasce la federazione Cimo-Fesmed**
Obiettivo: dare più forza
ai diritti nella sanità

Gyneco Aogoi

NUMERO 1 - 2019 - BIMESTRALE - ANNO XXX

**TERAPIA
ANTIBIOTICA
ANTENATALE:**

**ALLA RICERCA
DEL GIUSTO EQUILIBRIO**

IN QUESTO NUMERO

Buona lettura!

La salute sessuale e riproduttiva è uno dei molti temi d’attualità che hanno riguardato da vicino la nostra ginecologia e ostetricia in queste ultime settimane e che abbiamo raccolto in questo numero. Partiamo dai risultati finali delle quattro indagini condotte nell’ambito del Progetto “Studio Nazionale Fertilità” che costituiscono la **prima indagine nazionale del Ministero** sulla salute sessuale e riproduttiva mirata ad indagare le conoscenze, i comportamenti e gli atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo di adolescenti e studenti universitari, oltre che degli adulti e delle conoscenze dei professionisti sanitari in questo ambito. I dati (utilissimi anche se non ci stupiscono più di tanto) confermano che c’è tanta confusione sui meccanismi riproduttivi, anche tra gli adulti, e che non mancano tra i professionisti bisogni formativi da riempire. Un aspetto (confortante) che vorrei sottolineare riguarda gli adolescenti e il loro bisogno, manifestato dal 94 per cento degli intervistati, di ricevere informazioni sui temi della sessualità e della riproduzione, a partire dalla scuola. In questo senso il **protocollo d’intesa triennale siglato dal Miur e ministero della Salute** per la promozione di sani stili di vita, prevenzione delle malattie trasmissibili e dell’antibiotico-resistenza ecc. nel contesto scolastico mi sembra un buon passo in avanti perchè non c’è una vera strategia di prevenzione e di investimento in salute se un Paese non parte dai giovani.

Alcuni dati su cui dovremmo riflettere sono quelli relativi al sottoutilizzo dei consultori e al contatto con i medici specialisti, ginecologi e urologi, ancora troppo limitato, in particolare tra i più giovani. Per quanto riguarda poi i tempi della fertilità maschile e femminile (il famigerato orologio biologico) l’indagine evidenzia che se da un lato, tra i giovani, non c’è una corretta conoscenza dall’altro, tra gli specialisti c’è un generalizzato eccessivo ottimismo sulle possibilità delle tecniche di Pma nel risolvere sempre i casi di infertilità, lasciando così deluse tante coppie. Gli ultimi dati Eurostat ci dicono che l’Italia ha il primato delle mamme più vecchie d’Europa e la quota maggiore di quelle che mettono al mondo il primo figlio dopo i 40 anni! Anche in questo caso ricordiamoci sempre che il nostro compito di ‘sensibilizzatori’ è fondamentale, dobbiamo informare non solo sulla diminuzione della fertilità ma anche sui rischi materni delle gravidanze in età avanzata.

Sul fronte delle prevenzione e cura dell’Hiv e delle malattie a trasmissione sessuale un’altra buona notizia è quella relativa alla volontà politica di elaborare una nuova norma che agevoli l’accesso al test Hiv per i minori senza il consenso dei genitori, ora necessario. Quanto alla lotta contro l’Hpv, Oms

**CONGRESSO NAZIONALE
SIGO-AOGOI-AGUI-AGITE
GINECOLOGIA E DONNA.
UN VIAGGIO
DI TUTTA UNA VITA**



“
Sarà un Congresso
particolarmente innovativo ed
interessante per la nuova
formula adottata: soltanto due
sale, una per gli argomenti di
ostetricia ed una per i temi
legati alla ginecologia

La lettera dei presidenti
del Congresso



ELSA VIORA
Presidente AOGOI

segue a pagina 16

INDICE

SEI

Liste d’attesa: i capisaldi del nuovo Piano nazionale. Grillo: “Finalmente adesso avremo regole più semplici e tempi certi per le prestazioni”

DIECI

Contraccezione d’emergenza. “Ministero pronto a renderne obbligatoria la disponibilità nelle farmacie. Modificheremo Farmacopea”

DICIOTTO

Difetti congeniti: la prevenzione è a portata di mano. Aogoi ha voluto aderire anche quest’anno alla quinta edizione del World Birth Defects Day per promuovere semplici, ma essenziali, interventi di prevenzione

DICIANNOVE

8 marzo. Oms: nel mondo le donne in sanità sono il 70% ma solo una su quattro ha la leadership. E solo il 12% dei membri delle accademie scientifiche nazionali di tutto il mondo è donna

VENTISEI

La tutela della fertilità nei pazienti oncologici. Dalla crioconservazione ai percorsi diagnostici terapeutici dedicati. Il progetto del Ministero della Salute alla Stato Regioni

**Gyneco
Aogoi**

Organo Ufficiale
dell’Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 1 - 2019
Anno XXX

Presidente
Elsa Viora

Comitato Scientifico
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Vito Trojano
Sandro Viglino

Direttore Responsabile
Cesare Fassari
Coordinamento Editoriale
Arianna Alberti
email: a.alberti@hcom.it

Editore
Edizioni Health
Communication
Pubblicità
Edizioni Health
Communication
via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma

Stampa
STRpress
Pomezia - Roma
Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento
postale 70% - Dcb - Roma
Finito di stampare:
marzo 2019
Tiratura 8.000 copie.

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell’editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l’indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l’invio della rivista, anche per

l’invio di altre riviste o per l’invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell’invio e/o l’aggiornamento dei dati in nostro possesso. L’Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE EDITORIA
PERIODICA SPECIALIZZATA

PRIMA INDAGINE NAZIONALE DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Salute sessuale e riproduttiva

Nove ragazzi su 10 si informano solo sul web. In famiglia se ne parla poco, i consultori sono sconosciuti e la scuola è la "grande assente". Ma ci sono lacune informative anche tra i medici



Adolescenti e giovani si rivolgono alla rete per avere notizie ma vorrebbero che fosse la scuola a dare le corrette informazioni. Scarsamente utilizzati i consultori.

C'è anche tanta confusione tra gli adulti sui meccanismi riproduttivi e non mancano anche tra i professionisti bisogni formativi da riempire. Questi i risultati finali delle quattro indagini condotte nell'ambito del Progetto "Studio Nazionale Fertilità" presentato a Roma al ministero della Salute

VUOI AVERE INFORMAZIONI SULLA TUA SALUTE SESSUALE E RIPRODUTTIVA? Chiedilo alla rete. La pensano così circa 9 giovani e giovanissimi su 10 che cercano in internet tutte le notizie sull'argomento non pensando affatto di potersi rivolgere alla famiglia o al medico. E tanto meno a un consultorio nonostante questi i servizi socio-sanitari integrati di base, con competenze multidisciplinari, siano determinanti per la promozione e la prevenzione in questi ambiti: meno di 1 giovane su 10 lo ha utilizzato. Eppure la quasi totalità di adolescenti e universitari una soluzione alternativa l'avrebbero: sono infatti convinti che dovrebbe essere la scuola a dover garantire le giuste informazioni parlando di sessualità e procreazione. Di certo le loro conoscenze in questi campi lasciano molto a desiderare: ancora tantissimi ignorano che malattie come sifilide, gonorrea, clamidia si trasmettono attraverso i rapporti sessuali. E la confusione regna sovrana quando ci si addentra su temi che riguardano i fattori di rischio per la salute riproduttiva, con un gradiente di conoscenze che peggiora da Nord a Sud.

In generale nella popolazione italiana è bassa la consapevolezza del ruolo giocato dall'età femminile e maschile sulla fertilità: ignorano che l'orologio biologico scatti molto prima di quanto non credano e così continuano a pensare di poter fare figli anche in età molto avanzate.

E a proposito di figli quasi l'80% dei ragazzi li immagina nel proprio futuro, tuttavia crescendo cambiano opinione e così 4 adulti su 10 non ci pensano proprio a procreare. I motivi? Principalmente per fattori economici e lavorativi, per l'assenza di sostegno alle famiglie con figli, e alla sfera personale e della vita di coppia.

E i professionisti? Hanno sicuramente buone conoscenze sui temi della salute sessuale e riproduttiva, ma mostrano anche qualche défaillance

conoscitiva. Soprattutto **sovrastimano le tecniche di procreazione medicalmente assistita** nel risolvere sempre i casi di infertilità. Lasciando così deluse tante coppie.

A scattare la fotografia di conoscenze, comportamenti e atteggiamenti in ambito sessuale e riproduttivo di adolescenti, studenti universitari e adulti, ma anche delle conoscenze dei professionisti sanitari (PdI, Mmg, ginecologi, andrologi, endocrinologi, urologi, ostetriche) sono i dati conclusivi di quattro indagini condotte nell'ambito del Progetto "Studio Nazionale Fertilità" presentato a Roma al Ministero della Salute il 19 febbraio scorso. Promosso dal Ministero stesso è stato affidato all'Istituto Superiore di Sanità con la partecipazione dell'Università degli Studi di Roma "Sapienza", dell'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova e dell'Università degli Studi di Bologna.

I dati delle 4 indagini

Le indagini sono state realizzate grazie al supporto delle Regioni, sia nel settore sanitario che nella scuola. **Nell'indagine adolescenti** è stato reclutato un campione complessivo, rappresentativo di tutto il Paese, di più di 16mila studenti di 16-17 anni e ha coinvolto 941 classi terze di 482 scuole secondarie di secondo grado, distribuite su tutto il territorio nazionale, con un'alta adesione. **L'indagine sugli studenti universitari** ha visto la partecipazione di quasi 14mila giovani e una bassa partecipazione. **Quella condotta sulla popolazione maschile e femminile in età fertile, 18-49 anni**, ha permesso di realizzare più di 20mila interviste, utilizzando il sistema di sorveglianza PASSI. **Le indagini sui professionisti** sono state condotte con la collaborazione delle principali società scientifiche e federazioni di categoria.

L'indagine sugli adolescenti

"Doctor internet" è il punto di riferimento di ragazzi e ragazze sulle tematiche della salute sessuale e riproduttiva (per l'89% i maschi e l'84% le femmine). In media il 40% si rivolge anche agli amici (38% i maschi 46% le femmine) e poco più di un ragazzo su cinque si rivolge alla famiglia.

Soprattutto i giovanissimi hanno ancora molto da imparare sui fattori di rischio/protettivi per la riproduzione (età e stili di vita) e in particolare su alcune

infezioni/malattie a trasmissione sessuale (IST) quali epatite virale, sifilide, gonorrea, papilloma virus e clamidia. Un esempio? La gonorrea, solo tre ragazzi su dieci sono consapevoli che si può trasmettere attraverso i rapporti sessuali e poco poco più di due ragazze su dieci lo sa. Ma anche sui metodi contraccettivi in grado di proteggere dalle IST ci sono troppi vuoti informativi: circa il 20% ritiene che basti utilizzare pillola, cerotto, anello vaginale o dispositivi ormonali sottocutanei.

Consultorio questo sconosciuto. Continuano a rimanere poco utilizzati (solo un 3% dei maschi e un 7% delle femmine si sono rivolti a questa struttura) e conosciuti (il 29% dei ragazzi non sa cosa siano e lo ignora il 16% delle ragazze). **Anche il contatto con i medici specialisti è limitato**, in particolare tra i maschi: appena il 12% si è rivolto a un andrologo.

Eppure gli adolescenti fanno sesso: circa 1 su 3 ha dichiarato di aver avuto rapporti sessuali completi (35% dei maschi e 28% delle femmine) e con leggere differenze per area geografica, specialmente tra le ragazze (22% al Sud e 32-30% al Centro-Nord).

I metodi contraccettivi più conosciuti sono il preservativo (99%) e la pillola (96%). Per quanto riguarda l'utilizzo dei metodi contraccettivi, rispetto all'indagine fatta dall'Iss nel 2010, rimane stabile la percentuale di chi non usa alcun metodo (10%), mentre aumenta l'utilizzo del preservativo (più del 70% al primo rapporto e negli ultimi 3 mesi) ma anche quello del coito interrotto (circa il 25%) e del calcolo dei giorni fertili (11%).

La famiglia è un luogo in cui difficilmente si affrontano argomenti quali "sviluppo sessuale e fisiologia della riproduzione", "infezioni/malattie sessualmente trasmissibili" e "metodi contraccettivi". Appena 1 adolescente su 5 affronta con la famiglia in maniera approfondita queste tematiche.

È la scuola che dovrebbe garantire l'informazione sui temi della sessualità e della riproduzione: la pensa così ben il 94% dei ragazzi e il 61% ritiene che i percorsi formativi dovrebbero iniziare dalla scuola secondaria di primo grado o anche prima. Tuttavia solo il 22% degli adolescenti vorrebbe ricevere queste informazioni dai propri docenti, mentre il 62% vorrebbe personale esperto esterno alla scuola.

Differenze regionali. Il livello di conoscenze dei

“

Le indagini sui professionisti sono state condotte con la collaborazione delle principali società scientifiche e federazioni di categoria

ragazzi varia a seconda della macro area di nascita con un gap tra Nord e Sud del Paese. D'altra parte, appena il 33% dei ragazzi del Sud ha partecipato a corsi/incontri sul tema della sessualità/riproduzione contro il 78% dei loro coetanei del Nord del Paese pari al 78% (aumenta il divario Nord-Sud rispetto al 2010).

Infine, **tra gli adolescenti appena il 7% i pensa di non avere figli nel suo futuro**, mentre quasi l'80% di loro indica, come età giusta per diventare, genitore prima dei 30 anni.

L'indagine sugli studenti universitari

Sono state indagate le conoscenze relative agli stili di vita sulla salute sessuale e riproduttiva: 1 su 4 degli intervistati ha dichiarato di fumare, 2 su 3 consumano alcolici nel corso della settimana e più dell'80% è consapevole che questi comportamenti influenzano la fertilità, sia maschile che femminile. Nonostante molti si sentano adeguatamente informati sulle ematiche di salute sessuale e riproduttiva, al dunque gli studenti sovrastimano la loro conoscenza, o talvolta, l'informazione che hanno è addirittura non corretta (come per gli adolescenti).

L'83% ha già avuto rapporti sessuali completi, con un'età media al primo rapporto tra i 17 e i 18 anni. Il 95% ha dichiarato di usare metodi contraccettivi nei rapporti abituali: il preservativo (71%), la pillola e altri metodi ormonali (46%), coito interrotto (24%); tuttavia il 22% dichiara di aver avuto rapporti occasionali non protetti.

Scarse le conoscenze sulle fertilità. L'età giusta per diventare genitori viene percepita tra i 26 e i 30 anni, ma sui tempi della fertilità maschile e femminile non c'è una corretta conoscenza, considerando tempi più lunghi rispetto a quelli biologici. In particolare la conoscenza è particolarmente scarsa per quanto riguarda la fertilità maschile: quasi il 40% degli studenti che pensa che non si riduca mai e il 9% non sa cosa rispondere.

La scuola e gli incontri educativo-informativi sono percepiti come il miglior canale di diffusione e informazione per le tematiche sessuali e riproduttive, anche se ancora una volta il canale più gettonato per ottenere autonomamente le informazioni rimane internet (più del 90%).

Per quanto riguarda il contatto con i medici specialisti, mentre il 75% delle studentesse ha fatto una visita ginecologica, solo 1 studente su 4 è stato dall'andrologo; e si sono rivolte al consultorio familiare solo il 34% delle studentesse intervistate, mentre è stato utilizzato solo dal 13% dei maschi.

L'indagine sugli adulti

Non c'è piena consapevolezza del ruolo giocato dall'età nella fertilità biologica femminile e ancor più nella capacità riproduttiva maschile, come emerso anche nella popolazione più giovane. Infatti **solo il 5% del campione è consapevole che le possibilità biologiche per una donna di avere figli iniziano a ridursi già dopo i 30 anni;** una buona parte, 27%, pensa che questo accada intorno ai 40-44 anni, 28% oltre questa età e il 14% con la menopausa.

E lo scenario peggiora quando si parla di fertilità biologica maschile: nove persone su dieci (87%) forniscono una risposta inadeguata (oltre i 45 anni o mai) o non sanno dare alcuna indicazione.

Per quanto riguarda la propensione alla procreazione, un po' meno della metà dei rispondenti (44%) dichiara di non essere intenzionato ad avere figli; il 4% è incerto ma pensa di no e il 7% non ci ha ancora pensato. E comunque quasi un 1/3 di chi non ha figli (il 31%) dichiara di non volerne neppure in futuro o di non averci pensato.

Le motivazioni per rinunciare o rinviare la nascita di un figlio, escludendo dalla stima le persone senza un partner o che riferiscono problemi di fertilità, sono legate principalmente a fattori economici e lavorativi e all'assenza di sostegno alle famiglie

INDAGINE ADOLESCENTI

INTERVISTE EFFETTUATE

>16.000

INDAGINE SUGLI STUDENTI UNIVERSITARI

INTERVISTE EFFETTUATE

14.000

INDAGINE CONDOTTA SULLA POPOLAZIONE MASCHILE E FEMMINILE IN ETÀ FERTILE, 18-49 ANNI

INTERVISTE EFFETTUATE

>20.000

INDAGINE SUI PROFESSIONISTI (FIMP - FIMMG)

INTERVISTE EFFETTUATE

1.400

“

Si sono rivolte al consultorio familiare solo il 34% delle studentesse intervistate, mentre è stato utilizzato solo dal 13% dei maschi

con figli (41%), seguiti da quelli collegati alla vita di coppia (26%) o alla sfera personale (19%); infine ci sono problemi di salute (17%) o legati alla gestione della famiglia (12%).

L'indagine sui professionisti

L'indagine ha coinvolto i professionisti della Federazione italiana medici pediatri (Fimp) e della Federazione italiana medici di famiglia (Fimmg) e con una limitata adesione: hanno risposto 706 pediatri di libera scelta (Pdl), ossia il 14,1%, e 759 Mmg (il 15,2%).

Pediatri di Libera Scelta e Medici di Medicina Generale. In generale tra i professionisti c'è un buon livello di conoscenza in ambito di salute sessuale e riproduttiva, tuttavia si evidenziano carenze formative su alcune aree e di conseguenza sulla comunicazione agli assistiti.

Quali? **Tra i Pls emergono “défaillance” sull'importanza di alcune vaccinazioni** anche per preservare la capacità procreativa e sull'importanza dell'obesità e dell'eccessiva magrezza sulla fertilità. **Sono scarse le informazioni fornite agli adolescenti sui rischi delle infezioni/ malattie sessualmente trasmissibili** e sulla non efficacia dei contraccettivi orali per la protezione dalle infezioni/ malattie sessualmente trasmissibili.

Tra i Mmg i bisogni formativi sono principalmente su: prescrizione di acido folico a tutte le pazienti che manifestano desiderio di gravidanza; non raccolta, nell'anamnesi, dell'età della menopausa della madre della paziente; tempistica per iniziare accertamenti sull'infertilità; informazioni agli assistiti sull'importanza dell'età maschile sulla fertilità; informazioni ai giovani assistiti o ai loro genitori sulla vaccinazione per il virus HPV; percorsi per salvaguardare la fertilità di giovani assistite che devono sottoporsi a chemioterapia.

Ginecologi, endocrinologi, andrologi, urologi e personale ostetrico

Hanno risposto al questionario: 376 ginecologi (11%), 113 endocrinologi (10%), 238 andrologi/urologi (23%) e 1.171 personale ostetrico (11%).

Per quanto riguarda le conoscenze e la pratica clinica, in generale, i professionisti hanno buone conoscenze (3 professionisti su 4 hanno risposto correttamente alle domande nella maggioranza dei casi), con differenze minime per specialità.

Dalle risposte fornite, tuttavia, appaiono evidenti alcune aree su cui sarà necessario concentrare l'attività formativa:

- anche in questo caso non è chiaro per tutti che l'età, anche quella maschile, è una componente fondamentale della capacità riproduttiva e che bisogna insistere su questo tema con i/le pazienti/coppie, quando c'è il tempo per intervenire;
- è ancora non soddisfacente l'informazione erogata da parte degli operatori sui rischi delle patologie sessualmente trasmissibili, in particolare non se ne parla a sufficienza ai soggetti più esposti;
- ancora non tutti hanno chiara la necessità di effettuare la profilassi preconcezionale con acido folico e la tempistica con cui eseguirla;
- ancora si prescrivono ai maschi infertili terapie non del tutto appropriate in condizioni in cui le linee guida danno invece indicazioni chiare;
- anche nel campo della fertilità femminile persistono, seppure minoritarie, pratiche chirurgiche non più appropriate;
- è generalizzato un eccessivo ottimismo sulle possibilità delle tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) di risolvere sempre i casi di infertilità. Persiste, inoltre, la tendenza a consigliare la Pma a pazienti in cui è evidentemente inutile, generando aspettative che procureranno frustrazione alle coppie.

GRILLO

“Serve alleanza tra scuola e Ssn”

“I dati nazionali raccolti offrono la possibilità di riflettere sulle possibili azioni da mettere in atto, sia in campo educativo che formativo e informativo, per la promozione della salute sessuale e riproduttiva nel nostro Paese – ha sottolineato il Ministro della Salute Giulia Grillo presentando i dati delle quattro indagini – la denatalità e l'invecchiamento della popolazione, infatti, stanno preoccupando molto il nostro Paese per le influenze pesanti che possono avere in diversi settori: economico, sanitario, previdenziale, tanto per citarne alcuni. L'Italia, tra i Paesi europei, è uno di quelli con il più basso tasso di fecondità. Sebbene negli anni passati siano stati fatti alcuni sforzi a sostegno della natalità, la situazione è rimasta più o meno inalterata con una continua diminuzione delle nascite e un aumento dell'età delle madri al parto”. Per Grillo è dunque tempo di promuovere nelle scuole una corretta educazione ai temi di salute facendo sì che “la salute diventi materia di insegnamento trasversale, in linea con gli insegnamenti dell'Oms e attraverso un'alleanza tra scuola e Ssn”.

“Ritengo che sia necessaria una fattiva collaborazione tra i diversi livelli politici ed istituzionali per promuovere una consapevolezza nelle persone e un cambiamento culturale che porti negli anni, non solo ad aiutare le persone ad avere il numero di figli che desiderano, ma anche a rendere tutte le diverse fasce di popolazione, uomini e donne, ragazzi e ragazze più consapevoli dell'importanza della tutela propria salute sessuale e riproduttiva. Mi auguro che si possa realizzare appieno la stretta collaborazione con il Miur da poco sancita e sono fiduciosa che la collaborazione attiva con i Medici di medicina generale, con i Pediatri di libera scelta e con gli operatori territoriali dei Consultori familiari possa portare ad una capillare intervento anche in fasce della popolazione più marginali. Le istituzioni deputate alla formazione continua dei professionisti sanitari – ha concluso il Ministro – dovranno a tal proposito fornire loro gli strumenti più adeguati per lavorare con coscienza e responsabilità”.



GIULIA GRILLO

Ministro della Salute

Liste d'attesa: cosa prevede il nuovo Piano nazionale

Tempi massimi per garantire le prestazioni di ricovero e ambulatoriali che se non verranno rispettati daranno la possibilità al cittadino di ottenere la prestazione in intramoenia pagando solo il ticket.

E poi il rispetto dei tempi di attesa sarà tra gli obiettivi dei Dg che se non li raggiungeranno rischieranno la perdita del posto. Inoltre, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Sono questi i capisaldi del Piano nazionale delle Liste d'attesa 2019-2021 approvato il 21 febbraio scorso

Cosa prevede il nuovo Piano

Per la sua piena attuazione verrà istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, entro 120 giorni dalla stipula della presente Intesa, l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle Regioni, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute. L'Osservatorio, oltre ad affiancare le Regioni nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini. Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni dovranno recepire la presente Intesa e adottare il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (Prgla). Successivamente, entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle

Liste di Attesa (Prgla), le Aziende Sanitarie dovranno adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedere all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Prestazioni ambulatoriali

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal Ssn, si spiega che sarà obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

Queste le classi di priorità indicate:

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, **entro 72 ore**;

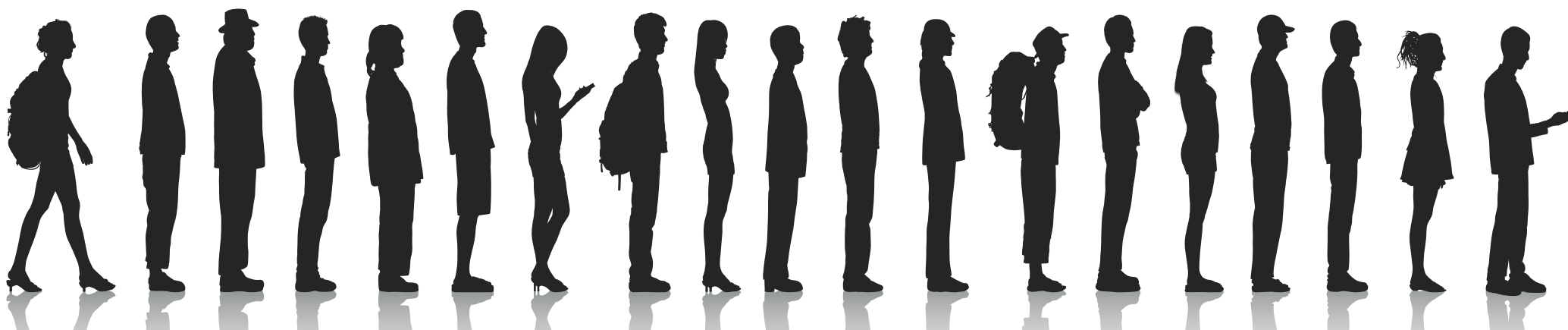
- **B (Breve)** da eseguire **entro 10 giorni**;
- **D (Differibile)** da eseguire **entro 30 giorni** per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** da eseguire **entro 120 giorni** dal 2020 (fino ad allora il timing è di 180 giorni).

Rispetto al vecchio piano nazionale liste d'attesa 2010-2012, nel nuovo viene dunque fissato un **limite massimo anche per le prestazioni programmate che non potrà superare i 120 giorni**.

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie. La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi. A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del Pncta 2006-2008 e del Prgla 2010-2012.





Il nuovo Piano prevede le seguenti classi di priorità:

Classe A: Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

Classe B: Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

Classe D: Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa dovrà riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica. Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente potrà inoltre richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria.

Attività intramoenia

Si specifica che, al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Asl, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda costituiranno uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa, nella misura in cui anche tali prestazioni potranno contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Agende trasparenti

Si prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi Cup e devono essere suddivise per Classi di priorità. La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

“**Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste**

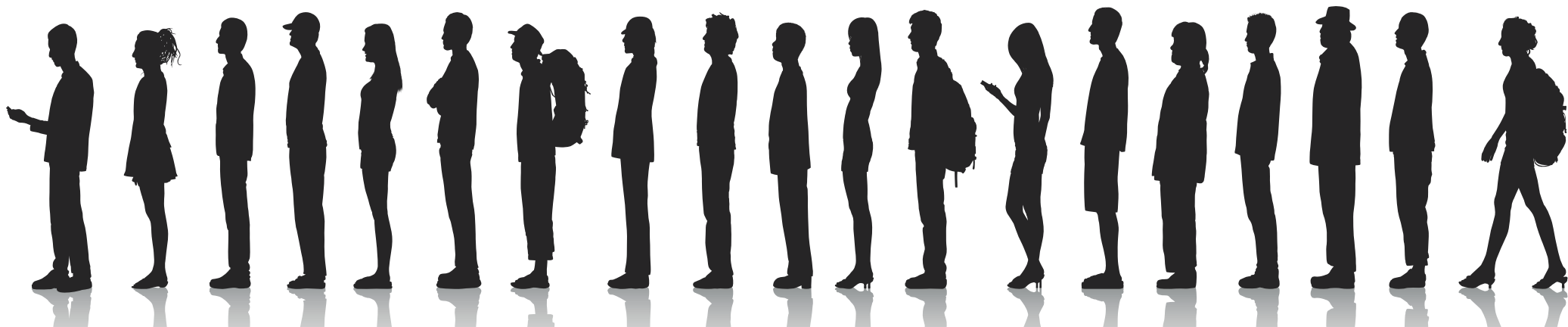
Ecco le linee di intervento che le Regioni garantiscono per il governo delle liste di attesa nei piani regionali.

Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (Pr gla) che deve riportare chiaramente e garantire:

1. I tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.

2. La possibilità per le Asl e le Aziende Ospedaliere (Ao) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del Ccnl 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

3. L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di



disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

4. L'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal Pngla (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

5. I criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni.

6. Le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a: 1. utilizzo sistematico delle Classi di priorità; 2. presenza del Quesito diagnostico; 3. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

7. La gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.

8. L'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.

9. La totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del Ssr sia in regime Alpi. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di con-

“

L'Osservatorio, oltre ad affiancare le Regioni nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini



trollo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (Anac delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).

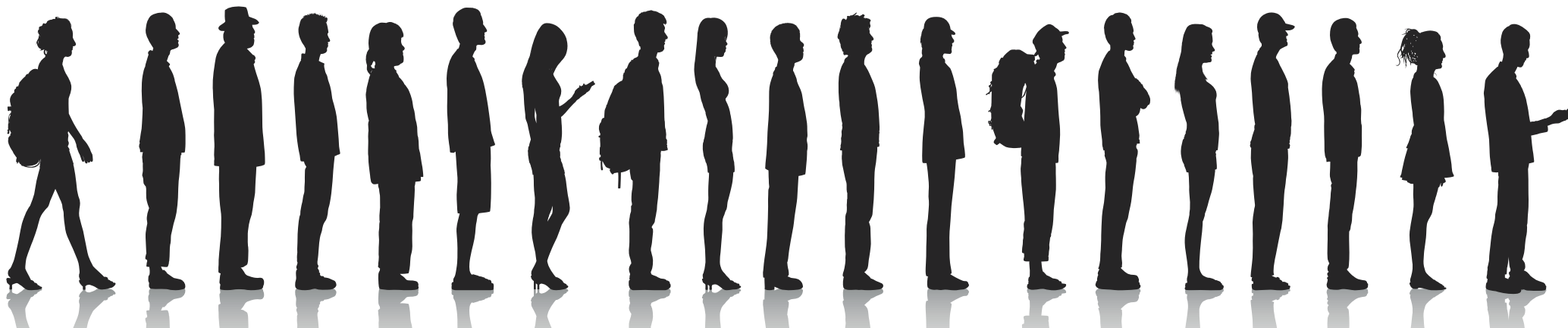
10. L'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C, e successivi aggiornamenti, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare modelli differenti di governo clinico.

11. Il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di presta-

zioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.

12. Il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione", e comunque si ritiene possibile l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali.

13. La realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla





prenotazione delle prestazioni di controllo.

14. La definizione e l'applicazione di "percorsi di tutela" ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

15. L'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipe, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del Ccnl 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di presta-

zioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario Ssn per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

16. In caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

17. L'attivazione dell'Organismo paritetico regionale, all'interno delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell'ambito dei lavori del Comitato Lea.

18. La trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

19. L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel Pngla, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (Urp), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.

20. Lo sviluppo di un sistema di Cup online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del Ssr o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di: i. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità; ii. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online; iii. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; iv. visualizzare gli appuntamenti già prenotati; v. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

21. Favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.

22. La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.

23. La vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relati-

GIULIA GRILLO

“Finalmente adesso avremo regole più semplici e tempi certi per le prestazioni”

“Con l'approvazione del nuovo Piano per la gestione delle liste d'attesa (Pngla) prende il via un fondamentale percorso di avvicinamento della sanità pubblica verso i cittadini che si aspettava da lungo tempo. Il Piano mancava da 10 anni e non è stato mai monitorato e applicato.

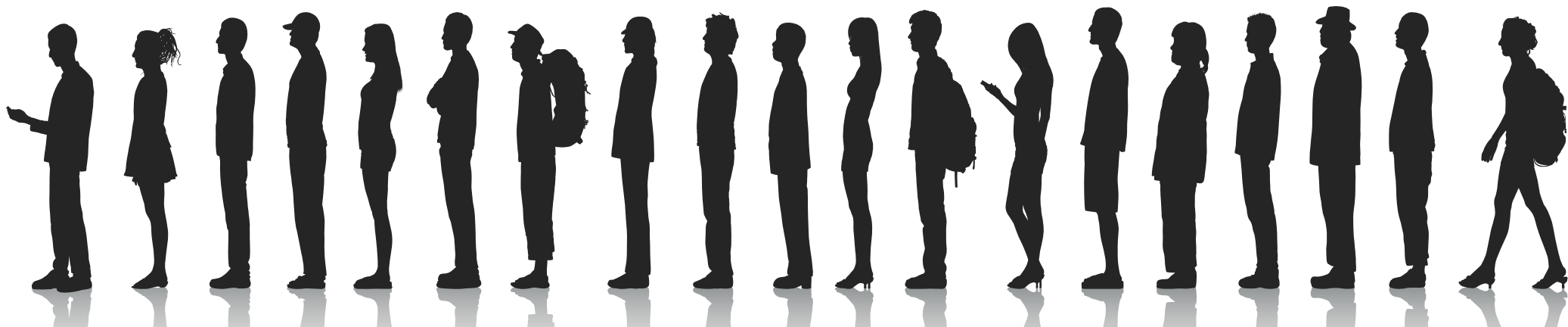
Questo ha compromesso l'intero sistema delle prestazioni e, nel tempo, consolidato le storture che sono sotto gli occhi di tutti. Ora è il momento di cambiare, creando un nuovo modello più efficiente e aggiornato”. È quanto ha dichiarato il ministro della Salute, **Giulia Grillo** dopo l'ok della Conferenza Stato Regioni al nuovo piano nazionale per il controllo dei tempi di attesa. “Finalmente adesso avremo regole più semplici e tempi certi per le prestazioni che riportano il diritto alla Salute e quindi il cittadino al centro del sistema. Ho già dato mandato agli uffici del ministero per attivare al più presto l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa che avrà un ruolo determinante. Infatti, oltre ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini”, ha precisato Grillo. “Sono certa – ha spiegato il ministro – che tutti insieme potremo mettere a disposizione dei cittadini, a prescindere dalla loro residenza, la sanità che si meritano e che la Costituzione garantisce e tutela. Questo Governo già nella legge di bilancio per il triennio 2019-21 ha messo a disposizione delle regioni importanti risorse (350 milioni ad hoc, che mai prima ad ora erano stati previsti) per potenziare i servizi di prenotazione implementando i Cup digitali e tutte le misure per rendere più efficiente il sistema”.

ve sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.

24. Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.

25. Il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

26. La trasmissione del Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.





CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA

“Ministero pronto a renderne obbligatoria la disponibilità nelle farmacie. Modificheremo Farmacopea”

Lo ha annunciato il sottosegretario alla Salute **Luca Coletto** rispondendo a una interrogazione di **Gilda Sportiello** (M5S)

LA CONTRACCEZIONE D'EMERGENZA sarà presto inserita tra l'elenco dei farmaci che le farmacie sono tenute ad avere obbligatoriamente sempre a disposizione. Lo ha detto in Commissione Affari Sociali alla Camera il sottosegretario alla Salute **Luca Coletto** il 27 febbraio scorso rispondendo a un'interrogazione della deputata Cinque Stelle **Gilda Sportiello**. Sportiello aveva chiesto al Ministero della Salute quali iniziative intendesse “assumere per garantire alle donne una facile reperibilità dei contraccettivi d'emergenza e se ci sia la volontà di intervenire, per quanto di competenza, affinché sia fatta distinzione, nella dotazione di contraccettivi sistemici ormonali obbligatori nelle farmacie, tra contraccettivi ordinari e d'emergenza”.

Questa la risposta del sottosegretario Coletto: “Come indicato nell'interrogazione parlamentare in esame, la Tabella 2 della Farmacopea Ufficiale della Repubblica Italiana elenca i medicinali che devono essere sempre obbligatoriamente presenti in farmacia.

Essa è stata recentemente rivisitata in occasione dell'aggiornamento della Farmacopea, con decreto ministeriale 17 maggio 2018, che ha recepito le attività espletate dal Tavolo di lavoro tecnico per l'aggiornamento della Farmacopea Ufficiale della Repubblica italiana, istituito con decreto ministeriale del 28 novembre 2017 ed integrato con decreto ministeriale del 22 dicembre 2017, attualmente sciolto per decorrenza dei termini di durata.

Tra i medicinali e le sostanze obbligatori elencati nella Tabella 2 sono annoverati i “contraccettivi sistemici ormonali”, che possono essere detenuti in farmacia come sostanza e/o come prodotto medicinale, con l'annotazione specifica che la farmacia ne deve possedere almeno «una del gruppo».

Nel caso in esame, il gruppo terapeutico “contraccettivi sistemici ormonali” – classificati secondo il Sistema di Classificazione Anatomico Terapeutico e Chimico (ATC) sviluppato

dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la classificazione dei farmaci con il codice Go3A – comprende i seguenti sottogruppi di medicinali: Progestina ed estrogeni, combinazioni fisse; Progestina e estrogeni, preparazioni sequenziali; Progestina; Contraccettivi di emergenza.

Ricordo che rientrano nella definizione di contraccettivi di emergenza i medicinali a base del progestinico “Levonorgestrel” e a base di “Ulipristal Acetato”.

In virtù di quanto previsto nella Tabella 2, generale obbligo di approvvigionamento dei farmaci “contraccettivi sistemici ormonali” è quindi soddisfatto anche con la detenzione di medicinali appartenenti ad uno solo dei sottogruppi citati.

Corrisponde al vero, dunque, quanto rappresentato dall'interrogazione e che, cioè, potrebbe verificarsi l'ipotesi di una momentanea assenza di contraccettivi di emergenza nella disponibilità della farmacia.

Per garantire, con piena certezza, la reperibilità di tali contraccettivi in ogni farmacia, **è necessario**, pertanto, che la contraccezione d'emergenza sia considerata una categoria a sé stante all'interno della Farmacopea, e non un sottogruppo di contraccettivi sistemici ormonali. Ciò richiede, tuttavia, una modifica della citata Tabella 2, che, peraltro, è stata già richiesta in occasione della seduta del Tavolo di lavoro tecnico del 18 febbraio 2018.

Tutto ciò considerato, la tematica sarà affrontata dal Tavolo Tecnico per l'aggiornamento della Farmacopea Ufficiale della Repubblica italiana, non appena ricostituito”.

Sportiello si è quindi dichiarata soddisfatta dell'intenzione, richiamata nella risposta, di intervenire sulla farmacopea ufficiale al fine di assicurare la piena disponibilità nelle farmacie di tutti i contraccettivi di emergenza, auspicando “una maggiore informazione e diffusione in relazione alla cosiddetta pillola dei 5 giorni dopo, segnalandone l'efficacia”.

INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

Aborti in calo: scendono sotto quota 81mila. Si conferma diminuzione di quelli clandestini, merito anche della contraccezione d'emergenza

“Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza (Ivg) continuano a diminuire. E ancora una volta, la Relazione al Parlamento del ministero della Salute conferma come questo fenomeno sia connesso anche con la vendita in farmacia della Contraccezione d'Emergenza senza ricetta”, ha ricordato il Presidente della Società Medica Italiana per la Contraccezione **Emilio Arisi** commentando i dati emersi dalla recente Relazione al Parlamento sull'attuazione della legge 194/78 stilata dal Ministero della Salute sui dati definitivi delle Interruzione Volontarie di Gravidanza (Ivg) 2017. **“I dati emersi dalla Relazione sono incoraggianti** – ha dichiarato Arisi – le Ivg nel 2017 sono scese sotto la soglia degli 81mila interventi con una diminuzione in termini percentuali del 4,9 rispetto all'anno precedente. Il ricorso all'aborto è diminuito in tutte le classi di età, in particolare tra le giovanissime. Un risultato positivo non casuale e correlato con l'opportunità per le donne maggiorenni di poter acquistare liberamente in farmacia la Contraccezione di emergenza senza dover presentare la ricetta medica. Sempre di più appare, quindi, fondamentale far comprendere come la contraccezione d'emergenza, sia uno strumento importante per scongiurare il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza tutelando così la salute psico-fisica delle donne. Ricordo, in particolare, che *ellaOne*, farmaco a base di Ulipristal acetato già dalla sua immissione in commercio ormai nel 2009 – ha aggiunto – è stato considerato dalla comunità scientifica il contraccettivo d'emergenza più efficace nel prevenire una gravidanza indesiderata. È un farmaco sicuro per la salute delle donne che vogliono pianificare la loro vita familiare”.

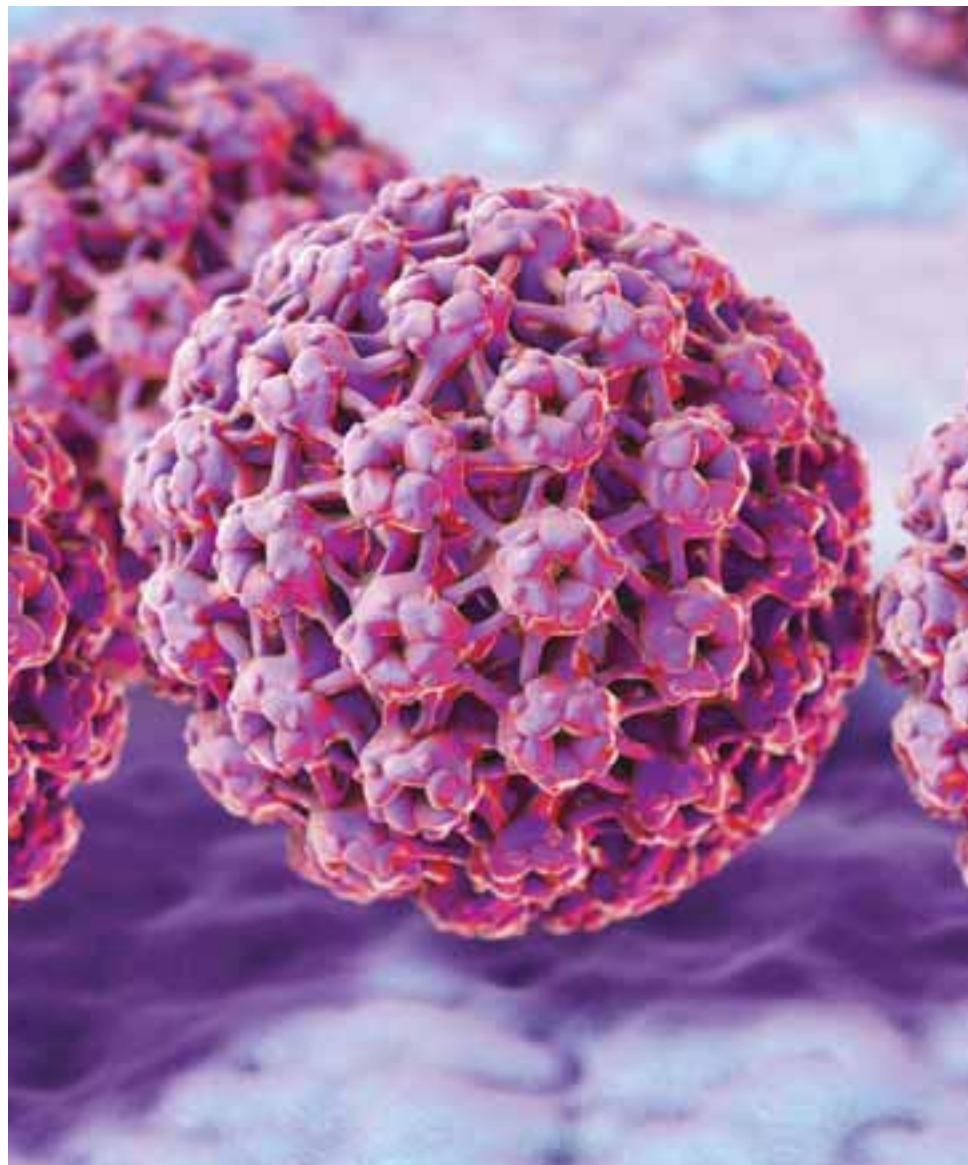


LUCA COLETTI
Sottosegretario alla Salute



GILDA SPORTIELLO
Deputata Cinque Stelle

GIORNATA MONDIALE CONTRO IL CANCRO/1



Oms Europa contro il papilloma virus: “Possiamo debellarlo con il vaccino”

Ogni anno nella regione europea dell'Oms (53 Paesi) si registrano 69mila nuovi casi di cancro alla cervice uterina e 30 mila morti. Una piaga che si potrebbe sconfiggere con una piena attuazione dei programmi di vaccinazione tra gli adolescenti

IL CANCRO DELLA CERVICE UTERINA è uno dei tumori più comuni tra le donne nella regione europea dell'Oms. Solo nel 2018 ci sono stati 69.000 nuovi casi e 30.000 morti. Tuttavia, a differenza della maggior parte degli altri tumori, è prevenibile con la vaccinazione. Lo ha ricordato l'Oms Europa in occasione della Giornata mondiale contro il cancro **che si celebra il 4 febbraio**. Per l'Oms Europa la tempestiva vaccinazione contro il papillomavirus umano, infatti, combinata con uno screening regolare per il cancro del collo dell'utero, è il modo migliore per prevenire la malattia fin dall'età adolescenziale. In ogni caso, sottolinea ancora Oms Europa, i Paesi della Regione (che ricordiamo comprende 53 stati e copre un territorio molto più vasto di quello della Unione Europea) stanno facendo progressi costanti in questo senso e la vaccinazione è stata introdotta in 37 paesi membri con

diversi programmi per le ragazze dai 9 ai 14 anni.

Sfortunatamente, sottolinea però Oms Europa, il tasso di vaccinazione varia e mentre alcuni paesi hanno raggiunto una copertura di oltre il 90%, altri incontrano difficoltà che hanno limitato il tasso di vaccinazione fino al 20%. E questo pur tenendo conto del fatto che circa l'80% delle persone non vaccinate sarà infettato da una o più forme del virus in qualche momento della loro vita.

L'eliminazione del cancro cervicale resta in ogni caso un obiettivo primario dell'Oms Europa e per questo ha rinnovato a tutti i paesi membri l'appello per intensificare gli sforzi per la vaccinazione quale arma più efficace per debellare la malattia. **Per farlo l'Oms si sta impegnando soprattutto su tre fronti: ottenere prezzi più bassi dei vaccini, combattere la disinformazione e monitorare attentamente progressi e ostacoli.**

GIORNATA MONDIALE CONTRO IL CANCRO/2

Tumori. M5S: “Con rete nazionale dei registri presto dati precisi per la prevenzione”

Dalla Camera il via libera definitivo al Registro nazionale. Entro il 30 aprile 2020 vi dovranno confluire tutti i dati regionali.

Approvato in via definitiva il disegno di legge a prima firma **Maria Domenica Castellone**, capogruppo del Movimento 5 Stelle in Commissione Sanità, con il quale si istituisce il registro nazionale tumori. “Con la legge sulla Rete nazionale dei registri dei tumori il nostro Paese potrà avere finalmente un referto epidemiologico per valutare lo stato di salute di una comunità e dati precisi sull'incidenza, la mortalità e la correlazione con fattori ambientali di questa malattia. Avere un quadro chiaro e preciso è infatti essenziale per agire efficacemente con la prevenzione: 373mila diagnosi di tumore nel nostro Paese solo nel 2018 ci ricordano che non è più possibile rimandare un intervento in questo senso”. Così i deputati del Movimento 5 Stelle **Alberto Zolezzi**, componente della commissione Ambiente alla Camera dei Deputati e **Massimo Enrico Baroni**, relatore in commissione Affari sociali del disegno di legge sul Registro Tumori. Nella rete nazionale dei registri dei tumori confluiranno i dati raccolti dalle singole Regioni. Questo costituirà un adempimento Lea per le amministrazioni locali. Viene

prevista la possibilità di accordi a titolo gratuito con università, centri di ricerca pubblici ed enti del terzo settore. Viene inoltre istituito il referto epidemiologico, ed entro il 30 settembre di ogni anno il ministro della Salute dovrà relazionare le Camere sull'attuazione della legge. “Da oggi la lotta contro i tumori e tante altre malattie legate anche a fattori ambientali ha un'arma in più: la legge che istituisce la Rete nazionale dei registri dei tumori e il referto epidemiologico. Finalmente, sulla base di dati pubblici, completi e aggiornati costantemente su incidenza e mortalità di varie patologie, sarà possibile studiare il legame salute-ambiente, individuare le criticità territoriali e quindi intervenire, sia con la prevenzione che con cure migliori per i malati” hanno affermato in una nota congiunta, i deputati del Movimento 5 Stelle nelle commissioni Affari sociali e Ambiente. “In legge di Bilancio abbiamo già compiuto passi importanti nella battaglia contro i tumori, che va combattuta con la ricerca e la prevenzione: 5 milioni li abbiamo stanziati per gli Irccs (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) della Rete oncologica e 25 milioni per l'adroterapia. Studiando i fattori di rischio e di incidenza dei tumori puntiamo a curare sempre meglio e di più”.

UICC

“I Am And I Will”

È questo lo slogan della Giornata mondiale contro il cancro 2019. L'idea della giornata nasce il 4 febbraio del 2000 a Parigi al summit mondiale contro il cancro ed è promossa dalla Union for International Cancer Control (Uicc).

“Chiunque tu sia, hai il potere di ridurre l'impatto del cancro per te, le persone che ami e per il mondo. È tempo di prendere un impegno personale”, queste le parole d'ordine che accompagnano lo slogan del 2019 che ispira la campagna triennale dell'Uicc finalizzata a un potenziamento dell'impegno personale, convinti del forte impatto sulle politiche generali delle azioni che ogni persona può mettere in campo anche individualmente.

Il cancro è oggi la seconda causa di morte in tutto il mondo, questi i principali dati sulla malattia a livello globale resi noti dall'Uicc in occasione della giornata mondiale del 4 febbraio:

- L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro stima che un uomo su cinque e una donna su sei in tutto il mondo svilupperà il cancro nel corso della loro vita, con una mortalità di un caso su otto per gli uomini e di un caso su 11 nelle donne. Ciò equivale a circa 9,6 milioni di persone morte di cancro nel 2018.
- Circa il 70% di tutte le morti per cancro si verificano nei paesi a basso e medio reddito (LMIC).
- Almeno un terzo dei tumori comuni sono prevenibili. Le mutazioni genetiche hanno un ruolo nel 5-10% di tumori. Il 27% dei tumori si riferisce al consumo di tabacco e alcol.
- Fino a 3,7 milioni di vite potrebbero essere salvate ogni anno implementando strategie appropriate per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento.
- Il costo economico totale del cancro è di 1,10 trilioni di dollari. Ciò si traduce in una perdita di produttività e reddito familiare, riduzione della qualità della vita, invalidità e, in definitiva, morte prematura.
- Con un investimento di 11,4 miliardi di dollari in strategie di prevenzione, si potrebbero risparmiare 100 miliardi di dollari in costi sanitari per il trattamento della malattia.

HIV/AIDS

Si apre nuova strada per controllo infezione

Il “vaccino” di Barbara Ensoli riduce fino al 90% il serbatoio di virus latente che è inattaccabile dalla sola terapia antiretrovirale. I risultati della sperimentazione negli otto centri italiani

LA SOMMINISTRAZIONE DEL VACCINO TAT a pazienti in terapia antiretrovirale (cART) si è rivelata capace di ridurre drasticamente (fino al 90%) il “serbatoio di virus latente” inattaccabile dalla sola terapia antiretrovirale di combinazione (cART). **È questo il risultato del follow-up, durato otto anni e pubblicato sulla rivista open access “Frontiers in Immunology”,** di pazienti immunizzati con il vaccino Tat messo a punto dall'équipe guidata da Barbara Ensoli, Direttore del Centro Nazionale per la Ricerca su HIV/AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.

“Si tratta di risultati – afferma **Barbara Ensoli** – che aprono nuove prospettive per una cura “funzionale” dell'HIV, ossia una terapia in grado di controllare il virus anche dopo la sospensione dei farmaci antiretrovirali. In tal modo, si profilano opportunità preziose per la gestione clinica a lungo termine delle persone con HIV, riducendo la tossicità associata ai farmaci, migliorando l'aderenza alla terapia e la qualità di vita, problemi di grande rilevanza soprattutto in bambini e adolescenti, con l'obiettivo, in prospettiva, di giungere all'eradicazione del virus”.

Quasi 40 anni dopo la scoperta del virus, l'HIV/AIDS rimane purtroppo un'emergenza globale che colpisce soprattutto le fasce più povere e fragili della popolazione mondiale, in particolare le donne e i bambini, gli omosessuali, bisessuali e transgender (LGBT), i lavoratori del sesso, le popolazioni migranti, gli utilizzatori di sostanze iniettabili. A oggi, ben 40 milioni di persone nel mondo convivono con l'infezione da HIV, la metà delle quali senza ricevere alcuna terapia.

La cura per HIV/AIDS richiede ancora molti sforzi, ingenti investimenti e strategie innovative per l'eradicazione del virus. Infatti, il virus HIV non può essere eliminato dalla cART perché persiste, senza replicarsi, in alcune delle cellule infettate in forma di DNA virale. Questa forma “silente” del virus (DNA provirale) costituisce un “serbatoio di virus latente” che rimane invisibile al sistema immunitario ed è inattaccabile dalla terapia cART. Il virus latente periodicamente si riattiva e comincia a replicarsi; pertanto, l'interruzione della cART determina inevitabilmente la ripresa dell'infezione. Di qui la necessità di assumere la terapia ininterrottamente per tutta la vita.

Il nuovo studio, intitolato “Continued decay of HIV proviral DNA upon vaccination with HIV-1 Tat of subjects on long-term ART: an 8-year follow-up study”, e **condotto in otto centri clinici in Italia** (Ospedale San Raffaele di Milano, Ospedale L. Sacco di Milano, Ospedale San Gerardo di Monza, Ospedale Universitario di Ferrara, Policlinico di Modena, Ospedale S.M. Annunziata di Firenze, Istituto San Gallicano - Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma, Policlinico Universitario di Bari), **presenta i dati del monitoraggio clinico a lungo termine** (ISS T-002 EF-UP, ClinicalTrials.gov NCT02118168) di 92 volontari vaccinati del precedente studio cli-

“Si tratta di risultati che aprono nuove prospettive per una cura ‘funzionale’ dell'HIV, in grado di controllare il virus anche dopo la sospensione dei farmaci antiretrovirali. Si profilano opportunità preziose per la gestione clinica a lungo termine, riducendo la tossicità associata ai farmaci, migliorando l'aderenza alla terapia e la qualità di vita, con l'obiettivo, in prospettiva, di giungere all'eradicazione del virus” afferma la direttrice del Centro nazionale Aids dell'Iss. Lo studio pubblicato su Frontiers in Immunology

“

La cura per HIV/AIDS richiede ancora molti sforzi, ingenti investimenti e strategie innovative per l'eradicazione del virus

nico ISS T-002 (ClinicalTrials.gov NCT00751595).

Gli autori dello studio riportano che i volontari trattati con cART e vaccinati con la proteina Tat hanno mostrato un forte calo del DNA provirale nel sangue, avvenuto con una velocità in media 4-7 volte maggiore di quella osservata in studi analoghi in pazienti trattati solo con cART. Nei volontari vaccinati, inoltre, la riduzione del serbatoio di virus latente si è associata ad un aumento delle cellule T CD4+ e del rapporto delle cellule T CD4+/CD8+. Queste caratteristiche vengono riscontrate anche in rari pazienti, denominati post-treatment controllers, in grado di controllare spontaneamente la riattivazione della replicazione virale dopo aver sospeso la terapia, i quali hanno, infatti, un serbatoio di virus latente di dimensioni assai ridotte, come evidenziato da bassi valori di DNA provirale e mostrano un buon recupero del sistema immune, come indicato da un elevato rapporto dei linfociti T CD4+/CD8+.

“È concepibile, pertanto – ha spiegato Ensoli – che

la vaccinazione con Tat possa conferire ai pazienti la capacità di divenire “post-treatment controllers”, cioè di controllare il virus senza assunzione di farmaci per periodi di tempo la cui durata dovrà essere valutata con specifici studi clinici. Pertanto, i risultati dello studio aprono la strada a studi di interruzione programmata e controllata della terapia nei volontari in trattamento con cART vaccinati con Tat, attualmente in corso di pianificazione proprio allo scopo di verificare questa ipotesi”. **Questi risultati del vaccino Tat** rappresentano un importante passo avanti nella ricerca di una cura funzionale dell'HIV che, insieme alla prevenzione dell'infezione, è assoluta priorità della comunità scientifica internazionale anche per le vaste risorse che l'HIV/AIDS sottrae alla lotta alla povertà e alle ineguaglianze nel mondo.

Uno studio del 2018 ha, infatti, stimato a \$563 miliardi il costo della lotta contro HIV tra il 2000 and 2015, equivalenti ad un contributo pro-capite di \$100 dollari nei paesi in via di sviluppo e \$5.000 in Europa e Nord America (\$330/anno); altri studi hanno stimato in circa - 0.5 % - 2.6% per anno l'impatto negativo sul Pil nei paesi africani, con una perdita di circa \$30 - \$150 miliardi l'anno, cifre enormi che impongono urgenti e innovative soluzioni terapeutiche per l'HIV/AIDS.

TEST HIV SU MINORI SENZA CONSENSO GENITORI

Sì del Garante per l'Infanzia al Ministro Grillo per collaborazione su nuove regole

“IL MINISTRO DELLA SALUTE, GIULIA GRILLO, ha da tempo avviato un confronto positivo con le associazioni impegnate nella lotta all'Aids per individuare sempre migliori strategie per informare e sensibilizzare i cittadini sui temi e le priorità per la prevenzione e cura dell'Hiv e delle malattie sessualmente trasmesse. Uno dei punti critici riguarda il libero accesso per i cittadini minorenni ai test diagnostici che sono anonimi e gratuiti per tutti, ma che per i minori richiedono il previo consenso del genitore

o del tutore. Questo paletto normativo costituisce di fatto un ostacolo ai test”. Ne ha dato notizia il Ministero della Salute in una nota in cui sottolinea come “gli studi evidenziano che **i contagi da Hiv in età precoce sono sempre più frequenti, ma le diagnosi sono troppo spesso tardive.** Per questo il Ministro Grillo ha scritto al Garante per l'Infanzia e ha ricevuto una risposta positiva circa la possibilità di lavorare insieme a una nuova norma che agevoli l'accesso al test Hiv per i minori”.

“Per rendere più semplice l'accesso alla diagnosi per i giovanissimi è essenziale intercettare precocemente l'eventuale contagio da Hiv o da altre malattie sessualmente trasmesse. Per questo sono molto soddisfatta della positiva risposta dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza alla mia richiesta di lavorare insieme a

una norma per superare questa regola ormai obsoleta. I tempi sono cambiati, eppure tanti giovani provano grande imbarazzo ad aprirsi con i genitori su alcuni aspetti della propria vita personale e non effettuano i test, pur avendo una vita sessuale attiva. Il Ssn è di tutti i cittadini ed è compito del Ministro della Salute e delle istituzioni rimuovere gli ostacoli alla prevenzione in ogni ambito della salute. Negli ultimi anni è stata fatta pochissima informazione sul pericolo Aids e molti ragazzi ignorano o sottovalutano la pericolosità della malattia. **Presto i ragazzi potranno effettuare liberamente i test in contesti protetti e dedicati, senza più bisogno del consenso del genitore o tutore.** È un punto di partenza che può migliorare concretamente la consapevolezza sui temi della prevenzione”, ha dichiarato il Ministro Giulia Grillo.





RISCHIO GENETICO BRCA

Inps riconoscerà invalidità civile alle donne sane che scelgono la chirurgia preventiva

Questo il principale risultato di un'azione congiunta che ha unito allo stesso tavolo l'Inps, l'associazione aBRCAdaBRA, nata per rappresentare i bisogni delle persone portatrici della mutazione Brca, e la Favo

ANCHE ALLE DONNE PORTATRICI delle mutazioni Brca1 e Brca2, che sceglieranno la chirurgia preventiva da sane, senza quindi aver sviluppato la malattia, sarà riconosciuta una corretta percentuale d'invalidità.

È questo il principale risultato di un'azione congiunta che ha unito allo stesso tavolo l'Inps, l'associazione aBRCAdaBRA, nata per rappresentare i bisogni delle persone portatrici della mutazione Brca, e la Favo, la Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia. Un lavoro congiunto per riconoscere una tutela sia alle persone sane che devono convivere con un elevato rischio di ammalarsi di tumore lungo il corso della loro vita, sia a quelle che, già malate oncologiche, affrontano rischi aggiuntivi di salute a causa della mutazione genetica Brca.

Le persone portatrici delle mutazioni Brca – tra i 75 e i 150 mila casi oggi in Italia secondo una semplice proiezione in assenza di dati nazionali certificati – sono esposte al rischio di sviluppare in giovane età, anche sotto i 30 anni, i tumori al seno, all'ovaio, e all'endometrio, oltre ad altre neoplasie. **Le linee guida nazionali e internazionali raccomandano alle donne ad alto rischio tre diversi percorsi:** una sorveglianza "speciale" con periodicità e prestazioni diagnostiche specialistiche ravvicinate nel tempo e diverse rispetto a quelle delle altre donne; una chirurgia di riduzione del rischio oppure una chemio prevenzione.

Alle donne sane che scelgono la chirurgia di riduzione del rischio, unica vera prevenzione possibile per il tumore alla mammella, all'ovaio e all'utero, verrà riconosciuta, se lo richiedono, una determinata percentuale di invalidità civile per la menomazione permanente di tali organi e per lo stress psichico subito secondo lo status di "handicap non grave" (legge 104, articolo 3, comma 1), salvo che la sofferenza psichiatrica non sia tale da aggravare ulteriormente la situazione. Questa novità, assoluta sulle donne sane, comporterà un innalzamento della percentuale d'invalidità anche per le donne malate e Brca positive, che decideranno di affrontare la chirurgia preventiva per gli altri organi non affetti da neoplasia.

Grazie all'impegno congiunto di Favo e aBRCAdaBRA e alla pronta attenzione dell'Inps che ha raccolto le istanze dei pazienti, **il 13 febbraio 2019 è stata emanata una comunicazione tecnico-scientifica indirizzata a tutte le commissioni**

medico-legali, firmata dal Coordinatore Generale Medico Legale dell'Inps, Massimo Piccioni e dal V. Coordinatore **Onofrio De Lucia**, in cui si sottolineano tutti gli aspetti del disagio funzionale e psicologico dei pazienti e dei portatori sani di mutazione Brca e dei conseguenti effetti invalidanti finora disconosciuti.

"La comunicazione Inps – ha affermato **Elisabetta Iannelli**, segretario generale Favo – segna un'importante innovazione nel sistema di welfare che tiene il passo con le più recenti innovazioni in campo medico e, specialmente, genetico. Ora che la via tracciata dal progresso scientifico ci porta nella direzione della medicina di precisione, i cui necessari presupposti risiedono nei test biomolecolari e genetici, le indicazioni date dall'Inps per una corretta valutazione della disabilità anche per le persone sane portatrici di un rischio genetico ma che affrontano interventi terapeutici preventivi di non poco rilievo, costituisce una vera e propria apertura di orizzonti che in futuro riguarderanno anche altri rischi di malattia diagnosticati prima dell'insorgenza della stessa".

Le persone con mutazione dei geni Brca, d'ora in poi, in Italia, anche quando non affette da una malattia oncologica in atto, diventano di fatto oggetto di una speciale tutela del nostro sistema di welfare: una rivoluzione di diritto che apre anche a una nuova consapevolezza sul rischio genetico. "La stesura e la divulgazione di questo importante documento a tutte le commissioni medico legali del nostro paese – ha affermato **Ornella Campanella**, Presidente di aBRCAdaBRA – testimonia quanto sia importante che le associazioni condividano progetti rilevanti d'interesse comune attraverso un approccio inclusivo e collaborativo con le istituzioni, progetti che siano frutto di un'attenta revisione della più recente letteratura scientifica e che rappresentino un bisogno di salute molto sentito".

Il riconoscimento di una percentuale d'invalidità associata a un rischio e non alla presenza di una malattia rappresenta e testimonia la necessità di valutare le donne con occhi diversi, tenendo in considerazione non solo gli esiti degli interventi chirurgici ma anche gli effetti che la scoperta della mutazione Brca provoca su una donna che dovrà convivere con questa consapevolezza per moltissimi anni e che potranno influenzare anche pesantemente la sua qualità di vita.

Incentivi e facilitazioni per la medicina di genere nelle sperimentazioni alla riforma "Lorenzin"

Si tratta del decreto legislativo previsto dalla legge Lorenzin di riordino delle sperimentazioni cliniche (Legge 3/2018) che è stato esaminato dal Consiglio dei ministri del 14 febbraio scorso.

Il decreto apporta diverse modifiche al decreto legislativo 200/2007, in tema di attuazione della direttiva 2005/28/CE.

Tra le novità le norme sulla medicina di genere, ma non solo. Norme specifiche anche per le sperimentazioni non a fini di lucro e per quelle frutto di collaborazione tra pubblico e privato.

Pronto il testo del Decreto legislativo recante "Attuazione della delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano in attuazione dei criteri direttivi di cui all'articolo 1, comma 2, lettere a), c), f), h) n. 4 ed o), della legge 11 gennaio 2018, n. 3 (legge Lorenzin)", che è stato esaminato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri del 14 febbraio. Il testo apporta le seguenti modifiche al **decreto legislativo 200/2007** in tema di attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali.

All'articolo 1, comma 1, viene aggiunta la lettera s-bis) con la seguente definizione di approccio metodologico di **medicina di genere** nelle sperimentazioni cliniche: "Modalità innovativa e multidisciplinare nella conduzione degli studi clinici di fase I che tiene conto delle differenze di genere e delle fasce di età".

segue a pagina 16



94° CONGRESSO NAZIONALE SIGO
59° CONGRESSO NAZIONALE AOGOI
26° CONGRESSO NAZIONALE AGUI
2° CONGRESSO NAZIONALE AGITE

GINECOLOGIA E DONNA

Un viaggio di tutta una vita



ANTONIO CHIANTERA



GIUSEPPE DE PLACIDO



LUIGI STRADELLA



FULVIO ZULLO

CARE COLLEGHE E CARI COLLEGGHI,

desideriamo invitarvi al Congresso Nazionale Sigo-Aogoi-Agui-Agite che si svolgerà a Napoli dal 27 al 30 ottobre p.v.

Sarà un Congresso particolarmente innovativo ed interessante per la nuova formula adottata: soltanto due sale, una per gli argomenti di ostetricia ed una per i temi legati alla ginecologia.

Sarà così possibile personalizzarsi un proprio programma secondo gli interessi formativi e di aggiornamento professionale di ciascuno dei partecipanti. Gli argomenti abbracceranno tutti gli aspetti del nostro lavoro dal punto di vista pratico con relazioni snelle ed interattive in modo da consentire ai partecipanti un'ampia scelta ed una concreta fruibilità.

I lunch meeting e i break meeting saranno utili occasioni per incontri/confronti informali con i prestigiosi relatori nazionali ed internazionali in un clima innovativo ed avvincente.

Il Congresso Nazionale si inserisce autorevolmente nell'ambito del percorso Ecm con un adeguato numero di crediti formativi.

44 meeting, 18 sessioni, 72 lectures, 8 corsi pregressuali e varie sessioni di live surgery e live ultrasound dimostrano l'importanza e la validità dell'impianto congressuale.

La città di Napoli poi, con il suo calore, le sue bellezze, i suoi aspetti culturali e turistici rappresenta un contesto eccezionale per il nostro incontro nazionale: dall'inaugurazione nel fascinioso Teatro San Carlo alla vivacità di una città che non dorme mai e che offre squarci di bellezza e umanità incredibili.

Per gli accompagnatori sono previste visite guidate nei prestigiosi musei cittadini e ai siti metropolitani tra i più suggestivi del mondo.

Vi aspettiamo a Napoli!

Prof. Antonio Chiàntera

Prof. Giuseppe De Placido

Prof. Luigi Stradella

Prof. Fulvio Zullo



Un congresso nazionale innovativo: non mancare!

- 44 MEETING CON GLI ESPERTI: (BREAKFAST, LUNCH, COCKTAIL)
- 18 SESSIONI PLENARIE: 8 LUNEDÌ, 6 MARTEDÌ, 4 MERCOLEDÌ
- 72 LECTURES: 32 LUNEDÌ, 24 MARTEDÌ, 16 MERCOLEDÌ
- 8 CORSI: 4 OSTETRICIA, 4 GINECOLOGIA
- PARTECIPAZIONE DI NUMEROSI RELATORI INTERNAZIONALI: TRADUZIONE SIMULTANEA
- SESSIONI LIVE SURGERY, LIVE ULTRASOUND

TOPICS SIGO

GINECOLOGIA

- Fibromatosi
- Oncologia
- Contraccezione
- Laparoscopia
- Uro-ginecologia
- Endometriosi
- Colposcopia
- Isteroscopia e malformazioni
- Menopausa
- Vaccinazione
- Medicina della Riproduzione
- Pavimento pelvico
- Patologia cervico-vaginale
- Medicina legale

OSTETRICIA

- Parto pretermine
- Disturbi ipertensivi
- Infezioni in gravidanza
- Sala parto
- Gravidanze gemellari
- Fetal therapy
- Cardiotecografia
- Anomalie d'impianto
- Patologie della crescita fetale
- Parto operativo
- Genetica
- Medicina legale
- Malattie metaboliche
- Vaccinazione

27-30 Ottobre 2019 - Napoli

**HOTEL ROYAL CONTINENTAL
CENTRO CONGRESSI FEDERICO II**

AGENZIA ORGANIZZATIVA

Triumph Italy s.r.l.

HQ - Via Lucillo, 60 - 00136 Rome, Italy

Phone: +39 06 3553 03 12 Fax: +39 0635530268 Mob: +39 347 7803556

E-mail: m.leoni@thetriumph.com

Web Site: www.triumphgroupinternational.com





SEGUE EDITORIALE DA PAGINA 3

Europa, in occasione della **Giornata mondiale contro il cancro**, ha concentrato la sua attenzione sulla sensibilizzazione alla vaccinazione, ricordando come il cancro alla cervice uterina sia una piaga che potrebbe essere sconfitta con una piena attuazione dei programmi di vaccinazione tra gli adolescenti. Sempre in tema di prevenzione, vi

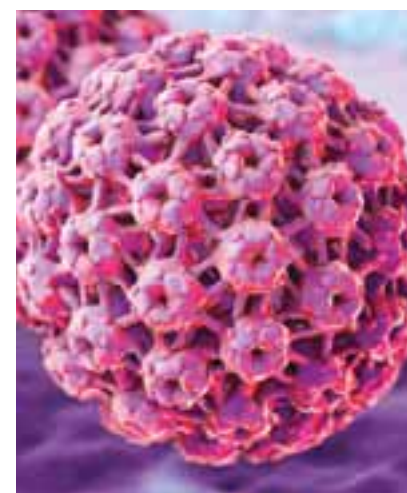
ricordo il nostro impegno per l'informazione/sensibilizzazione sui difetti congeniti, che abbiamo ribadito il 3 marzo in occasione del **World Birth Defect Day**. Si tratta di interventi di prevenzione che dobbiamo cercare di promuovere nel modo che riteniamo più opportuno nelle realtà in cui lavoriamo. Non posso tralasciare la **Giornata** (la cosiddetta 'Festa' che tale non è affatto) **internazionale della donna** per esprimere il mio grazie a tutte le donne che non si sono fatte fermare dai pregiudizi ma hanno dimostrato e dimostrano ogni giorno il loro valore e le loro capacità. L'8 marzo però è soprattutto il giorno per riaffermare che la parità di genere è



lontanissima e che il 'soffitto di cristallo' non si è mai rotto. E la sanità non fa eccezione, come ci ricorda l'Organizzazione mondiale della sanità anche in questa occasione: nel mondo le donne in sanità sono il 70% ma solo una su quattro ha la leadership! **L'approfondimento di questo numero** affronta un tema di grande attualità: "la terapia antibiotica antenatale: alla ricerca di un giusto equilibrio". Alla luce delle più recenti conoscenze sugli effetti indesiderati degli antibiotici, a breve e lungo termine, un loro uso appropriato si rende più che mai necessario. La domanda che più ci riguarda è se, durante il periodo ante o perinatale, sia meglio

utilizzare la terapia antibiotica per curare le malattie infettive batteriche piuttosto che per prevenirle.

Ho lasciato per ultimo ("last but not least") il lancio del nostro prossimo **Congresso nazionale, che si terrà a Napoli dal 27 al 30 ottobre**, con la lettera dei Presidenti **Antonio Chiàntera, Giuseppe De Placido, Luigi Stradella e Fulvio Zullo**. La nuova formula sarà valutata innanzitutto dai partecipanti, ma ci pare che possa veramente rappresentare una svolta per rendere più attrattivo il nostro Congresso nazionale.



“

Il testo apporta modifiche al decreto legislativo 200/2007 in tema di attuazione della direttiva 2005/28/CE recante principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché requisiti per l'autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali

SEGUE DA PAGINA 13

Incentivi e facilitazioni per la medicina di genere nelle sperimentazioni alla riforma "Lorenzin"

All'articolo 26 viene poi aggiunto il comma 3-bis che richiama ad un decreto del Ministero della Salute da adottarsi entro il 30 ottobre 2019 per aggiornare il decreto del Ministro della salute 6 dicembre 2016 recante "Aggiornamento delle tariffe vigenti e determinazione delle tariffe relative a prestazioni non ancora tariffate", prevedendo anche un'agevolazione tariffaria per le ispezioni di buona pratica clinica sugli studi di fase 1, condotte presso i centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I, sia su pazienti che su volontari sani, che documentano di condurre gli studi con un approccio metodologico a favore della **medicina di genere**, ove applicabile, anche attraverso l'adeguato utilizzo di adeguati sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche.

All'articolo 3 viene aggiunto il comma 13-bis con il quale si prevede che le procedure per l'utilizzo a scopo di ricerca clinica di **materiale biologico o clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche** o a qualunque altro titolo detenuto, sono semplificate, tenendo conto del consenso informato, con apposite Linee guida predisposte dall'Istituto Superiore di Sanità, con il supporto anche dell'Infrastruttura di ricerca europea delle biobanche e delle risorse biomolecolari – BBMRI, previo parere

del Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali, secondo criteri volti ad assicurare elevati standard qualitativi e tenendo conto. E ancora, viene introdotto il nuovo **articolo 21-bis** in tema di **sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche**. Viene qui previsto che i centri di sperimentazione, nell'impiego dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche, si avvalgano di figure professionali specifiche, competenti alla gestione

dei dati e nel coordinamento della ricerca. I dati dei sistemi informativi dovranno essere utilizzati nel rispetto del regolamento (UE) 2016/679 e del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. Arriviamo così all'**articolo 32** dove, dopo il comma 1, sono aggiunti il comma 1-bis con il quale per sostenere gli studi clinici osservazionali e le sperimentazioni cliniche senza fine di lucro, anche a basso livello di intervento, per il miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria, nonché per valorizzare l'uso sociale ed etico della ricerca, si

obbliga il promotore di **rimborsare le spese dirette e indirette connesse alla sperimentazione, nonché le eventuali mancate entrate conseguenti alla qualificazione dello stesso studio come attività senza fini di lucro**, comprese le potenziali entrate connesse alla valorizzazione della proprietà intellettuale. Ed il comma 1-ter che, ai fini proprio di quanto disposto dal precedente comma 1-bis, richiama un decreto del Ministero della Salute da emanarsi entro il 30 ottobre 2019, sentito il Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici, per aggiornare il decreto 17 dicembre 2004 ed individuare le modalità di coordinamento tra i promotori, pubblici e privati, nell'ambito della medesima sperimentazione clinica o studio clinico, anche al fine di acquisire informazioni a seguito dell'immissione in commercio dei medicinali.

Con lo stesso decreto sono introdotti **criteri per identificare le sperimentazioni non a fini di lucro e le sperimentazioni con collaborazione tra promotori pubblici e privati**, nonché disciplinate le modalità di cessione dei dati relativi alla sperimentazione al promotore e la loro utilizzazione a fini di registrazione. Infine, all'**articolo 2** del decreto legislativo si introduce una clausola di invarianza finanziaria.

Giovanni Rodriquez



PUNTI NASCITA. IL PUNTO DELL'AOGOI

“Attenzione a non tornare indietro su appropriatezza, sicurezza e qualità”

Condividiamo le parole del ministro Grillo quando afferma che “le mutate condizioni al contesto richiedono oggi una profonda riflessione sulla ponderazione dei rischi, nell’interesse primario delle mamme e dei neonati” ma non vorremmo tornare indietro su posizioni acquisite, che sono state determinate dai dati ottenuti nelle varie realtà italiane



Elsa Viora
Presidente Aogoi

SIAMO CERTAMENTE D’ACCORDO con la Ministra della Salute quando afferma che ogni riforma comprende fasi di programmazione, attuazione e di verifica. Perciò l’idea di fare “una profonda riflessione sulla ponderazione dei rischi, nell’interesse primario delle mamme e dei neonati” è ottima a patto che non si torni indietro su posizioni acquisite, che sono state determinate dai dati ottenuti nelle varie realtà italiane. Il grande lavoro che il Comitato Percorso nascita nazionale dal 2010 ha fatto, e sta facendo, non va dimenticato: il monitoraggio continuo della appropriatezza, sicurezza e qualità dell’intero percorso nascita fornisce importanti elementi di riflessione.

Alcuni standard di sicurezza rimangono imprescindibili da qualunque revisione, come per esempio la presenza h24 in guardia attiva dell’intera équipe, che comprende le figure professionali di medico ostetrico-ginecologo, ostetrica, neonatologo/pediatra, anestesista con le risorse strutturali e strumentali necessarie.

Il numero di parti/anno per Punto nascita è un elemento indispensabile affinché l’équipe abbia la competenza che dipende sia dall’esperienza, sia da un programma di formazione professionale continua e appropriata.

La gravidanza e il parto sono eventi fisiologici nella vita di una donna ed è perciò indispensabile che ogni intervento assistenziale proposto alla donna in gravidanza sia preceduto da una valutazione accurata



dei benefici che ne derivano per lei e per il bambino. **È necessario avere ben chiaro che:**

1. la donna accetta il percorso assistenziale se è stata correttamente informata dei benefici di ciò che le viene proposto;
2. il percorso della gravidanza inizia ancora prima del concepimento e termina in Sala parto: è perciò fondamentale che tutte le figure professionali siano coinvolte, che vi sia un circolo virtuoso territorio-ospedale-territorio, che i corsi di accompagnamento alla nascita siano accessibili a tutte le donne;
3. una gravidanza può essere definita come “fisiologica” solo “a posteriori” cioè quando l’evento gravidanza/parto è terminato e sia la mamma che il neonato stanno bene.

Crediamo sia essenziale fornire alle donne tutte le informazioni per una scelta consapevole e condivisa. Pur partendo dal presupposto che la gravidanza fisiologica è definita come tale solo “a posteriori”, vi sono elementi che consentono di focalizzare fattori di rischio, presenti in una limitata percentuale di gravidanze.

Questi elementi devono essere individuati in modo appropriato e tempestivo per poter offrire alla donna un percorso assistenziale adeguato, con accertamenti addizionali e con l’intervento di figure professionali che abbiano competenze specifiche di quella patologia.

Purtroppo anche quando nessun fattore di rischio è

stato evidenziato durante la gravidanza, né è presente all’inizio del travaglio, eventi sfavorevoli inattesi e imprevedibili possono insorgere durante il travaglio o nelle prime ore dopo il parto, anche se gli operatori sanitari presenti, medico ed ostetrica, sono esperti. È vero che questi eventi sono rari (per fortuna!) ma quando si verificano è indispensabile intervenire tempestivamente con risorse organizzative, umane e strumentali adeguate perché le conseguenze possono essere drammatiche.

Per questo è essenziale garantire a tutte le donne in gravidanza l’assistenza migliore durante la gravidanza e il parto per consentire loro di partorire in sicurezza e ai loro figli di nascere in condizioni di sicurezza.

Il “problema” dei Punti Nascita non può né deve sottostare a logiche politiche o di costi economici ma deve essere affrontato considerando, prima di ogni altro aspetto, la sicurezza delle donne e dei bambini. Partorire in condizioni in cui i requisiti essenziali non ci sono rappresenta un rischio per le donne e i bambini e di questo la popolazione deve prendere coscienza.

Riteniamo fondamentale che il Ministero si adoperi per definire/confermare i criteri di sicurezza dei Punti Nascita e che tutti gli operatori sanitari coinvolti nell’assistenza alla gravidanza forniscano una corretta informazione alle donne al fine di creare un percorso il più possibile umanizzato e il più possibile condiviso, che garantisca la sicurezza di donna e bambino, dall’inizio della gravidanza al parto.

Infine è opportuno sottolineare che nell’attuale situazione di carenza di organici in gran parte degli ospedali, aggravata dall’insufficiente numero degli specialisti ostetrici-ginecologi disponibili in tutta Italia, appare del tutto aleatoria la pretesa di mantenere attive piccole strutture già di per sé definite ufficialmente e documentatamente prive dei requisiti minimi per garantire la sicurezza e la migliore assistenza alle donne durante il parto.

Non è nostra intenzione, né avrebbe alcun senso, creare inutili allarmismi fra le donne e gli operatori sanitari, ma vogliamo diffondere informazione e cercare di creare le condizioni migliori di assistenza.

Lo sappiamo bene quanto sia precario l’equilibrio fra una informazione corretta (che può solo derivare dai numeri e non dalle impressioni soggettive) ed il rischio di indurre ansia aggiuntiva ma dobbiamo tutti, donne ed operatori sanitari, condividere un percorso assistenziale che parte con l’inizio della gravidanza, meglio ancora prima del concepimento, e termina non solo con il parto ma va continuato nel periodo successivo, con l’assistenza in puerperio ed il sostegno all’allattamento.

PUNTI NASCITA: GRILLO APRE A MODIFICHE

“I tempi sono cambiati, pronti a lavorare con le Regioni all’interno del Patto della Salute”



GIULIA GRILLO
Ministro della Salute

Il Ministro della Salute evidenzia come “le riforme, come tutti gli esperimenti, vanno monitorate ed eventualmente aggiornate, se necessario, alla luce dell’esperienza acquisita sul campo. Le mutate condizioni al contesto richiedono oggi una profonda riflessione sulla ponderazione dei rischi, nell’interesse primario delle mamme e dei neonati”

“In questi mesi sono state molte le richieste di rimodulazione della rete dei punti nascita arrivate da varie parti d’Italia al ministero della Salute. In considerazione del progressivo calo degli indici demografici del Paese, della carenza di alcune figure professionali sanitarie e per l’evidenza di situazioni territoriali caratterizzate da particolare disagio orografico, credo sia necessario valutare insieme alle Regioni – e di questo ho già accennato al presidente Bonaccini – l’attualità dell’Accordo Stato-Regioni del 2010, recepito poi dal Dm 70/2015”. Ad affermarlo in una nota del 25 gennaio scorso è il Ministro della Salute Giulia

Grillo. “Le riforme – spiega –, come tutti gli esperimenti, vanno monitorate ed eventualmente aggiornate, se necessario, alla luce dell’esperienza acquisita sul campo. Le mutate condizioni al contesto richiedono oggi una profonda riflessione sulla ponderazione dei rischi, nell’interesse primario delle mamme e dei neonati”.

“In tal senso – conclude – nelle scorse settimane ho chiesto, tramite la Direzione della Programmazione, di invitare il Comitato Percorso nascita nazionale ad approfondirne le problematiche al fine di inserire una riflessione specifica all’interno del Patto per la Salute”.

3 MARZO GIORNATA MONDIALE DEI DIFETTI CONGENITI. #WORLDBDDAY

DIFETTI CONGENITI: LA PREVENZIONE È A PORTATA DI MANO

La giornata mondiale per la prevenzione dei difetti congeniti (World Birth Defects Day) è un'occasione per ribadire l'importanza di alcune semplici informazioni, prime fra tutte l'assunzione di acido folico e le vaccinazioni. Si tratta di interventi di prevenzione che dobbiamo cercare di promuovere nel modo che riteniamo più opportuno nelle realtà in cui lavoriamo

Aogoi ha voluto aderire anche quest'anno alla quinta edizione del World Birth Defects Day, consapevole del ruolo essenziale che il ginecologo riveste nella informazione alle donne e alle coppie su questi temi. Il mio invito è di visitare il sito <https://www.worldbirthdefectsday.org> e di promuovere il messaggio che ridurre i rischi per il nascituro si può, occorre pensarci per tempo e prima ancora del concepimento. Gli interventi di prevenzione sono molti, potremmo quest'anno concentrarci sul ruolo fondamentale delle vaccinazioni per alcune malattie quali la rosolia (prima del concepimento), l'influenza e la pertosse (durante la gravidanza) e dell'assunzione di acido folico.

ALLE VACCINAZIONI IN GRAVIDANZA ABBIAMO DEDICATO UN NUMERO MONOGRAFICO della nostra rivista *Ostetricia e ginecologia pratica e medicina perinatale* (scaricabile anche dal nostro sito) ed è ora in corso di preparazione un Corso FAD. Al ruolo del vaccino contro la pertosse abbiamo dedicato, proprio su *Gyneco-Aogoi*, un focus (anche esso scaricabile dal sito).

L'assunzione di acido folico è un intervento efficace per ridurre il rischio sia dei difetti del tubo neurale (spina bifida, anencefalia, cefalocele ma va iniziata almeno un mese prima del concepimento) sia

Elsa Viora
Presidente Aogoi



I numeri

Ogni anno, circa 8 milioni di bambini in tutto il mondo nascono con un grave difetto alla nascita e circa 3 milioni di loro moriranno prima del loro quinto compleanno. In Italia ogni anno nascono circa 25.000 neonati che presentano una malformazione, 480 ogni settimana.

I difetti congeniti attualmente sono responsabili di circa il 25% della natimortalità e del 45% della mortalità perinatale e rappresentano nel mondo occidentale la più importante causa di morte nel primo anno di vita.

NEL MONDO

8 milioni

Numero di bambini in tutto il mondo che nascono con un grave difetto alla nascita ogni anno

3 milioni

Numero di bambini che nascono con un grave difetto alla nascita e che non arriveranno al loro 5° anno di età



IN ITALIA

25 mila

Numero di bambini che ogni anno in Italia presentano una malformazione

480

Numero di bambini che ogni settimana in Italia presentano una malformazione



di alcune patologie materno-fetali (e va assunto durante la gravidanza).

Va ricordato che l'assunzione deve essere giornaliera, nella dose corretta ed utilizzando un principio che sia facilmente assorbito in una forma biologicamente attiva, in pratica che possa davvero svolgere la sua azione farmacologica.

Ricordo i principali obiettivi di questa giornata:

- aumentare il numero di sanitari in grado di indicare alle coppie che desiderano avere un figlio a medio-breve termine le opportune modalità di prevenzione primaria per evitare che si verifichino alcuni difetti congeniti nei propri figli
- contribuire a migliorare la qualità di vita di tutti i bambini con un difetto congenito.

La prevenzione primaria sugli stili di vita è una priorità

AUMENTARE LE CONOSCENZE SUI DIFETTI CONGENITI, SOPRATTUTTO TRA I GIOVANI, PROMUOVENDO LE ATTIVITÀ EDUCATIVE MIRATE AL MIGLIORAMENTO DEGLI STILI DI VITA, SIN DA PRIMA DEL CONCEPIMENTO E NELLA FASE PRENATALE, È UNA PRIORITÀ.

Il Ministero della Salute, in qualità di partner del World Birth Defects Day ha aderito alla promozione della Giornata e del World Birth Defects Day 2019-2023 Plan che, oltre alle attività di sensibilizzazione, intende incentivare l'impegno per migliorare la sorveglianza, la ricerca, la prevenzione e la cura dei difetti alla nascita. Il messaggio di quest'anno è: fare scelte sane ora non è importante solo per te ma anche per i bambini che potresti avere un giorno.

Non tutti i difetti alla nascita possono essere prevenuti, ma ci sono dei passi da fare per aiutare ad avere una gravidanza sana. L'intento è quello di promuovere le attività di prevenzione utili a minimizzare i maggiori fattori di rischio e a rafforzare i fattori di protezione fin da prima del concepimento e nei primi 1000 giorni di vita dei bambini.

COSA SONO I DIFETTI CONGENITI

I difetti congeniti sono un insieme ampio ed eterogeneo di alterazioni dello sviluppo umano che si verificano durante la gravidanza. Comprendono:

- malformazioni
- disabilità congenite (motorie, sensoriali e cognitive)
- malattie genetiche dell'infanzia.

I difetti congeniti rappresentano una condizione rilevante in sanità pubblica ovunque nel mondo. Nelle società industrializzate, e in maniera crescente anche nelle società emergenti, rappresentano una

delle principali cause di morbidità e mortalità infantile entro il primo anno di vita".

Alcuni dati sui difetti congeniti

Ogni anno, circa 8 milioni di bambini in tutto il mondo nascono con un grave difetto alla nascita e circa 3 milioni di loro moriranno prima del loro quinto compleanno. Considerando tutti i casi, si può stimare la frequenza dei difetti congeniti intorno al 5%: un bambino su 20 nati presenta una malformazione. In Italia, su 500.000 nati in un anno, circa 25.000 presentano una malformazione, 480 ogni settimana.

La prevenzione primaria dei difetti congeniti rappresenta una priorità anche per le conseguenze in ambito socio-sanitario come causa di mortalità e morbidità infantile. Molti difetti alla nascita possono essere evitati adottando azioni di prevenzione prima e durante la gravidanza. Risulta quindi strategica la promozione, nelle donne in età fertile, di stili di vita salutari, con particolare riferimento a:

- eliminazione di alcol e fumo
- promozione di un'alimentazione varia ed equilibrata, anche tramite l'integrazione con acido folico sin dalla fase preconcezionale
- riduzione dell'esposizione ad agenti teratogeni e genotossici (quali farmaci, agenti infettivi, xenobiotici ambientali e occupazionali).

Un difetto congenito può essere diagnosticato prima della nascita, alla nascita o anche dopo, in ogni caso l'identificazione precoce, il trattamento e cure appropriate possono aiutare molte persone a raggiungere il loro pieno potenziale nella vita. (Fonte: Ministero della Salute)

8 MARZO

Il mio grazie a tutte le donne che non si sono fatte fermare dai pregiudizi

Vorrei ricordare a tutte/i, ma soprattutto alle più giovani, che ci sono strade che oggi possiamo percorrere solo perché qualcuno prima di noi le ha spianate e ha reso possibile iniziare un percorso, che è ancora molto lungo...



L'IDEA DI CELEBRARE LA GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA DONNA (NON è la festa della donna) nasce nel 1909 negli Stati Uniti, su iniziativa del Partito socialista americano e l'anno seguente, nel 1910, la proposta viene raccolta da **Clara Zetkin** a Copenaghen, durante la Conferenza internazionale delle donne socialiste. Nei primi anni i singoli Paesi scelsero giorni diversi per la celebrazione ed è solo nel 1921 che viene proposta e approvata un'unica data per la giornata internazionale della donna. Dai documenti a disposizione non sono chiare le motivazioni per cui è stato scelto l'8 marzo e gli storici ci forniscono spiegazioni diverse ma direi che questo è influente sul significato della giornata. La scelta dei fiori gialli della mimosa risale invece al 1946: le organizzatrici delle celebrazioni a Roma cercavano un fiore che fosse di stagione e costasse poco, la mimosa rispondeva a questi requisiti.

Vorrei ricordare a tutte/i, ma soprattutto alle più giovani, che ci sono strade che oggi possiamo percorrere solo perché qualcuno prima di noi le ha spianate ed ha reso possibile il percorso. Scienziate, astronave, aviatrici, premi Nobel, molte donne comuni hanno fatto la storia: chi ricoprendo ruoli fin ad allora esclusivo appannaggio degli uomini, chi acquisendo premi o riconoscimenti, chi semplicemente e faticosamente nella quotidianità non ha accettato di farsi definire soltanto dal genere. **Vorrei qui ricordarne qualcuna.** La pittrice **Artemisia Gentileschi**, di scuola caravaggesca, fu la prima donna ad essere accettata, nel 1616, nella scuola fiorentina, la più antica accademia del disegno al mondo nonché una delle più prestigiose. **Eleonora Lucrezia Cornaro Piscopia** vissuta nella Repubblica di Venezia nella seconda metà del Seicento approfondì gli studi in teologia, filosofia, greco, latino, ebraico e

spagnolo; le fu impedito di laurearsi in teologia all'Università di Padova – un traguardo giudicato inaudito dai vescovi del tempo, per una donna – ma riuscì a ottenere, nel 1678 dopo lunghe lotte e grazie (anche allora!) ad un compromesso, una laurea in filosofia, divenendo così prima donna laureata al mondo.

Laura Bassi si inserì nella strada tracciata da colei che la precedette, e divenne nel 1732 la prima donna al mondo ad avere una cattedra universitaria (in fisica, all'epoca filosofia naturale) presso l'Università di Bologna.

Maria Skłodowska Curie ricevette nel 1903 il Nobel per la Fisica per i suoi studi sulla radioattività (insieme al marito Pierre Curie e al fisico francese Antoine Henri Becquerel). Nel 1911, con il Nobel per la chimica per la scoperta di radio e polonio, divenne l'unica donna nella storia ad aver vinto più di un Nobel e una delle sole due persone ad averlo vinto in due aree distinte (l'altro è il chimico e pacifista statunitense Linus Carl Pauling).

Nel 1958 la contessa napoletana **Maria Teresa De Filippis**, fu la prima donna che corse un Gran Premio di Formula 1, a bordo di una Maserati. La fisica italiana **Fabiola Gianotti** è dal 2016 Direttore Generale del CERN di Ginevra, la prima donna a guidare il più importante laboratorio di fisica al mondo. Solo altri due italiani hanno ricoperto questo incarico: Carlo Rubbia e Luciano Maiani.

Grazie a queste donne ma anche, e soprattutto, a tutte le donne che non si sono fatte fermare dai pregiudizi ma hanno dimostrato e dimostrano ogni giorno il loro valore e le loro capacità.

Credo che raggiungeremo la vera parità solo nel momento in cui non ci saranno pregiudizi, tantomeno di genere.

Vorrei concludere con una frase di **Rita Levi Montalcini**:

“L'affermazione di Ruskin che le donne sono migliori degli uomini è un fatto complimento che deve provocare in loro un amaro sorriso, giacché non si dà altra situazione nella società nella quale si accetti che il migliore debba essere soggetto al peggiore”.

Buon 8 marzo a tutte/i!

E.V.



GIORNATA INTERNAZIONALE DELLA DONNA

Oms: donne in sanità sono il 70% ma solo una su quattro ha la leadership

“Bisogna innovare la stessa organizzazione del lavoro in sanità a partire dai criteri di progressione di carriera perché troppo spesso le donne devono concorrere in un sistema progettato per gli uomini”

In occasione della Giornata internazionale della donna, l'Oms celebra tutte le donne che hanno avuto un ruolo pionieristico nel promuovere la scienza e la salute. La prima menzionata dall'Oms è **Florence Nightingale**, considerata fondatrice della moderna assistenza infermieristica, comprendendo i benefici di igiene e servizi igienico-sanitari di prevenzione delle malattie. Poi **Fe del Mundo**, una pediatra filippina, che ha svolto lavori pionieristici su malattie infettive tra cui la dengue, è stata la prima studentessa della Harvard Medical School. E ancora **Anandi Gopal Joshi** che fu una delle prime dottoresse indiane, nominata medico responsabile in un ospedale nell'India centrale, prima di morire di tubercolosi all'età di soli 22 anni. Da non dimenticare la storia di **Elizabeth Garrett Anderson**, nata poco dopo Florence Nightingale, che si autoproclamò francese per ottenere una laurea in medicina all'Università

della Sorbona a Parigi e divenne la prima dottoressa della Gran Bretagna. **Nel 20° secolo, l'Oms ricorda Anne Szarewski** che scoprì la causa del cancro del collo dell'utero, portando al primo vaccino contro l'HPV e il lavoro di **Françoise Barré-Sinoussi** sull'HIV che fu fondamentale per l'identificazione del virus come causa dell'AIDS.

Ma nel 2019, tuttavia, osserva l'Oms, le donne sono ancora solo un terzo dei ricercatori in tutto il mondo, in media.

Le medie regionali per la quota di ricercatrici (basate solo su dati disponibili) **per il 2015** sono:

- **28,8%** nel mondo
- **39,8%** negli Stati arabi
- **39,5%** nell'Europa centrale e orientale
- **48,1%** nell'Asia centrale
- **23,4%** nell'Asia orientale e il Pacifico
- **45,4%** nell'America Latina e i Caraibi
- **32,3%** nel Nord America e l'Europa occidentale

- **18,5%** nell'Asia meridionale e occidentale
- **31,3%** nell'Africa sub-sahariana.

E solo il 12% dei membri delle accademie scientifiche nazionali di tutto il mondo è donna.

Passando più in generale al settore sanitario l'Oms ricorda poi che **le donne rappresentano il 70% della forza lavoro in tutto il mondo, eppure solo il 25% di esse occupa posizioni di leadership** nel settore. E anche il differenziale retributivo è alto: circa il 26% nei paesi ad alto reddito e il 29% nei paesi a reddito medio-alto.

La discriminazione di genere, i pregiudizi impliciti, le molestie sessuali e le violenze sono indicati dall'Oms come i fattori principali e sistemici al progresso delle donne in sanità. Fattori aggravati dalla mancanza di politiche per la famiglia (compresi accordi di lavoro flessibili e

congedo di paternità).

Ma ci sono segnali di una inversione di tendenza. Nell'Oms, ad esempio, le donne detengono il 60% delle posizioni dirigenziali e lo scorso anno quasi il 40% dei nuovi membri della National Academy of Medicine degli Usa erano donne. Del resto, osserva l'Oms, sono già emerse prove del fatto che l'attuazione di accordi di lavoro flessibili, la fornitura di programmi di tutoraggio e l'istituzione di politiche specifiche sulla discriminazione e le molestie di genere e lo sviluppo della formazione di genere possono abbattere le barriere che tuttora frenano la carriera delle donne in sanità.

Ma non basta. Secondo l'Oms bisogna innovare la stessa organizzazione del lavoro in sanità a partire dai criteri di progressione di carriera perché troppo spesso le donne devono concorrere in un sistema progettato per gli uomini.

di DANIELA GALEAZZI*, LUCIANA MONFREDA**, LUCIANO TOSTI°, MAURIZIO SILVESTRI°°

* Pediatria aziendale USL Umbria 2

** UOC Ostetricia e Ginecologia Spoleto

° UOC Pediatria Spoleto

°° UOC Ostetricia e Ginecologia Spoleto - Direttivo nazionale AOGOI

ANTIBIOTICO RESISTENZA

LA TERAPIA ANTIBIOTICA ANTENATALE: ALLA RICERCA DEL GIUSTO EQUILIBRIO

INTRODUZIONE

Alexander Fleming è passato alla storia per avere scoperto la penicillina, la prima sostanza ad azione antibiotica. A seguito di questo ottenne il premio Nobel per la medicina.

In pochi anni si susseguirono molteplici scoperte di nuovi antibiotici che hanno sconfitto molte malattie e reso possibili procedure diagnostico-terapeutiche invasive. Il loro utilizzo massivo, e a volte non corretto, sta generando il fenomeno della resistenza che alcuni batteri oppongono a questi farmaci. L'antibiotico-resistenza è un importante problema di Sanità Pubblica ed ha raggiunto negli ultimi anni proporzioni tali da indurre istituzioni internazionali a promuovere iniziative finalizzate al suo controllo.

Nel 2017 il Ministero della Salute ha pubblicato il Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza 2017-2020. L'eccessivo utilizzo e l'uso improprio di questi farmaci, anche negli allevamenti animali, determina solo in Italia quasi 11.000 decessi l'anno per infezioni da batteri ormai resistenti agli antibiotici attualmente disponibili. Si prevede che i decessi diventeranno 450.000 entro il 2050 se non dovessero essere prese specifiche iniziative.

L'antibiotico-resistenza è descritta anche nel neonato a seguito della somministrazione di questi farmaci durante la vita intrauterina.

Inoltre, non sono di poco conto le reazioni avverse agli antibiotici che possono determinare esiti, a volte drammatici, nella diade madre feto-neonato. È noto che 7 italiani su 100 hanno una reazione avversa quando assumono un medicinale. Il numero si triplica nella popolazione ospedalizzata. Le reazioni allergiche pericolose per la vita sono poco frequenti e maggiormente determinate da: penicilline, cefalosporine, alcuni antitumorali, alcuni antiepilettici. Non è raro che la gestante giunta alla nostra osservazione non sia a conoscenza del suo stato allergico oppure non lo riferisca. Spesso il problema non viene affrontato in modo corretto, né vi è una diffusa conoscenza ed applicazione di linee-guida di riferimento. Inoltre, la reazione avversa deve essere segnalata alla farmacovigilanza, cosa che spesso non avviene, e non solo in Italia.

Per le reazioni che si verificano in ambito ospedaliero è obbligatorio segnalarle in cartella clinica e nella lettera di dimissione, specificando il tipo di farmaco, il dosaggio, le modalità di somministrazione e la tipologia delle manifestazioni allergiche.

Altri effetti a lungo termine della terapia antenatale sono le modifiche





del microbiota intestinale del neonato, l'aumentato rischio dell'obesità infantile, della esofagite pediatrica e della malattia infiammatoria intestinale. Il microbiota intestinale, formato da trilioni di batteri produttori di composti bioattivi che agiscono sull'organismo ospite, sembra svilupparsi mediante un processo sequenziale che inizia in utero e continua per tutta la vita. **I momenti più importanti sono il parto**, quando il neonato si contamina con i batteri presenti nella vagina e nel retto materni, **e l'allattamento**. La terapia antibiotica intrapartale modifica il microbiota intestinale del neonato per via diretta e indiretta poiché modifica quello vaginale e intestinale materno.

Anche se ci sfugge ancora come il microbiota intestinale possa agire sul nostro benessere, è chiaro che la somministrazione di antibiotici ante e intrapartale influisca sullo sviluppo dei "nostri" batteri intestinali.

Alla luce di quanto esposto finora, si rende indispensabile un uso appropriato degli antibiotici, rispettando dosi e tempi indicati sul RCP, ricordando che non sono utili nelle malattie virali e consigliandoli solo quando è necessario.

In considerazione degli effetti indesiderati, a breve e lungo termine, dobbiamo chiederci se, durante il periodo ante o perinatale, sia meglio utilizzare la terapia antibiotica per curare le malattie infettive batteriche piuttosto che per prevenirle.

Un esempio è la profilassi antibiotica delle streptococcie connatali a seguito di una batteriologia rettale e/o vaginale positiva per Streptococco beta emolitico gruppo B (SBG) riscontrata su tamponi effettuati attorno alle 36 settimane di gravidanza. Un recente studio prospettico conclude che il 9% delle donne, risultate negative a questi tamponi, risultavano poi positive alla batteriologia effettuata in prossimità del parto. Di contro, il 16% delle donne risultate positive alla batteriologia rettale e/o vaginale per SBG effettuati a 35-36 settimane avevano poi negativo il tampone effettuato in prossimità del parto. Queste partorienti hanno inutilmente effettuato la profilassi antibiotica peripartale.

Sarebbe opportuno utilizzare tecnologie in grado di dare risposte rapide in prossimità del travaglio di parto come il test Xpert GBS che, utilizzando la PCR, è in grado di dare l'esito dell'esame in poco meno di un'ora.

Alcune aziende stanno sviluppando il vaccino contro lo SBG; utilizzato in gravidanza eliminerebbe il rischio delle streptococcie connatali e quindi la profilassi antibiotica nelle batteriologie rettali e/o vaginali positive per questo batterio.

SEPSI IN OSTETRICIA

Ignac Semmelweis, medico vissuto a metà del 1800, prestò la propria opera presso la clinica ostetrica all'Ospedale generale di Vienna. Ebbe la brillante intuizione che la febbre puerperale, che decimava le puerpere ricoverate negli ospedali, fosse una malattia trasferita da un corpo all'altro. I vettori erano proprio i medici ostetrici che, dopo avere effettuato lo studio autoptico sulle donne decedute nel reparto maternità, tornavano nel reparto e visitavano le donne che stavano per partorire. Per verificare la sua ipotesi dispose che gli ostetrici si disinfezzassero le mani appena usciti dalla sala autoptica e prima di entrare in sa-

“

Il microbiota intestinale, formato da trilioni di batteri produttori di composti bioattivi che agiscono sull'organismo ospite, sembra svilupparsi mediante un processo sequenziale che inizia in utero e continua per tutta la vita

I criteri diagnostici per la sepsi messi a punto dalla Consensus Sepsis 3

Questi criteri non sono stati validati per la donna in gravidanza o entro 42 giorni dal suo esito ma proposti nel progetto ItOSS.

1. La diagnosi clinica di infezione si basa sul riscontro di almeno uno dei seguenti segni/sintomi:

- febbre $\geq 38^{\circ}\text{C}$;
- cefalea e/o rigidità nucale;
- sintomi respiratori (tosse produttiva, faringodinia etc);
- difficoltà respiratoria (frequenza respiratoria ≥ 20 atti respiratori/min e/o utilizzo di muscolatura accessoria e/o ipossiemia con $\text{SpO}_2 < 95\%$);
- sintomi urinari (disuria etc);
- dolore e tensione addomino-pelvica;
- diarrea o vomito;
- rush cutanei;
- perdite vaginali maleodoranti;
- contrazioni pretermine e/o rottura prematura delle membrane nelle gravidanze pretermine (PPROM)
- liquido amniotico maleodorante e/o purulento in caso di PPRM
- segni di infezione fetale o neonatale.

2. La diagnosi di danno d'organo si basa sul riscontro di almeno uno dei seguenti parametri:

- cardiovascolare: PAS < 90 mmHg o PAM < 65 mmHg
- respiratorio: necessità di ossigeno per mantenere $\text{SpO}_2 > 95\%$;
- renale: valore di creatininemia $> 1,2$ mg/dl;
- epatico: valore di bilirubinemia $> 1,2$ mg/dl;
- sistema nervoso centrale: alterazioni dello stato di coscienza;
- ematologico: valore di piastrine $< 100.000/\text{mm}^3$ o calo del 50% rispetto ai valori abituali in gravidanza

La diagnosi di shock settico prevede:

ipotensione (con necessità di somministrare vasopressori per mantenere una PAM > 65 mmHG) e lattacidemia > 2 mmol/l (dopo adeguata espansione della volemia). Il parto pretermine può essere la conseguenza d'infezione materna e quindi un campanello d'allarme di una sepsi.

Il Capitolo sulla sepsi in ostetricia riprende il documento a cura di Serena Donati: Dossier "La prevenzione e gestione della sepsi materna" in "Corso di Formazione a distanza: La prevenzione e gestione della sepsi materna" - Italian Obstetric Surveillance System - Istituto Superiore di Sanità; Zadig Editore - ottobre 2018 Approvato da:

Lista delle raccomandazioni Oms per la prevenzione e il trattamento delle infezioni materne peripartum

È RACCOMANDATO	NON È RACCOMANDATO
<p>1 Esplorazione vaginale a intervalli di 4 ore per la valutazione della progressione di travaglio in fase attiva del I stadio in donne che rientrano nel percorso di fisiologia (raccomandazione forte basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>2 Somministrazione di antibiotici in travaglio di parto in caso di GBS (Streptococco di gruppo B) positivo per la prevenzione dell'infezione neonatale precoce da GBS (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>3 Somministrazione di antibiotici in caso di rottura pretermine precoce (PPROM) delle membrane amniocoriali (raccomandazione forte basata su prove di qualità moderata)</p> <p>4 Profilassi antibiotica di routine in caso di rimozione manuale della placenta (raccomandazione forte basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>5 Profilassi antibiotica di routine in donne con lacerazione perineale di III e IV grado (raccomandazione forte basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>6 Lavaggio vaginale con iodopovidone immediatamente prima del taglio cesareo (TC). (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità moderata)</p> <p>7 La scelta di un agente antisettico e del suo metodo di applicazione per la preparazione della cute prima del TC deve basarsi principalmente sull'esperienza del clinico con quel particolare antisettico e con quel metodo di applicazione, sul suo costo e la disponibilità locale (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità bassa)</p> <p>8 Profilassi antibiotica di routine in caso di TC elettivo o di emergenza (raccomandazione condizionale basata su prove di qualità moderata)</p> <ul style="list-style-type: none"> La profilassi deve precedere l'incisione cutanea e non essere somministrata dopo il clampaggio del cordone ombelicale. (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità moderata) Una singola dose di cefalosporine di "prima generazione" o di penicillina deve essere preferita ad altri antibiotici. (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa) <p>9 In caso di corionamniosite il trattamento di prima scelta prevede la somministrazione di ampicillina e gentamicina una volta al giorno (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>10 In caso di endometrite del post partum somministrare una combinazione di clindamicina e gentamicina (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p>	<p>1 Rasatura dei peli pubici e perineali di routine, prima del parto per via vaginale (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>2 Lavaggio vaginale di routine con clorexidina durante il travaglio con l'obiettivo di prevenire la morbidità infettiva (raccomandazione forte basata su prove di qualità moderata)</p> <p>3 Lavaggio vaginale di routine con clorexidina durante il travaglio in caso di tampone positivo per GBS per prevenire l'infezione neonatale precoce da GBS (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>4 Profilassi antibiotica di routine durante il secondo e il terzo trimestre di gravidanza a tutte le donne con l'obiettivo di ridurre la morbidità infettiva (raccomandazione forte basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>5 Somministrazione di antibiotici di routine in caso di travaglio pretermine con membrane amniocoriali integre (raccomandazione forte basata su prove di qualità moderata)</p> <p>6 Somministrazione di antibiotici di routine in caso di rottura precoce delle membrane (PROM) a termine di gravidanza o in sua prossimità (36 settimane di gestazione) (raccomandazione forte basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>7 Somministrazione di antibiotici di routine in caso di liquido amniotico tinto di meconio (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>8 Profilassi antibiotica di routine in caso di parto vaginale operativo (raccomandazione condizionale* basata su prove di qualità molto bassa)</p> <p>9 Profilassi antibiotica di routine in donne con episiotomia (raccomandazione forte basata su consensus)</p> <p>10 Profilassi antibiotica di routine in caso di parto vaginale non complicato (raccomandazione forte basata su prove di qualità molto bassa)</p>

“

La sepsi è una condizione complessa che riconosce cause molteplici e può interessare più organi. Per frequenza è la terza causa di morte materna in gravidanza, segue l'emorragia post partum ed i disordini ipertensivi

SEGUE

la parto. Le morti puerperali crollarono ma i medici, offesi per essere stati tacciati come untori, si coalizzarono contro Semmelweis. Egli finì in manicomio, dove morì ancora giovane. Solo dopo quarant'anni, a seguito dei lavori di Pasteur sulla contaminazione batterica, Ignac Semmelweis venne riabilitato e si capì l'importanza della sua intuizione.

La sepsi è una condizione complessa che riconosce cause molteplici e può interessare più organi. Per frequenza è la terza causa di morte materna in gravidanza, segue l'emorragia post partum ed i disordini ipertensivi.

Secondo l'Oms è una condizione pericolosa per la vita caratterizzata da una disfunzione d'organo causata da una sregolata risposta dell'organismo ad un'infezione, certa o sospetta, insorta in gravidanza, dopo un aborto, durante il parto o nel puerperio. Le infezioni più frequenti riguardano l'apparato genitale, ma possono interessare anche altri apparati. È indispensabile riconoscere subito le infezioni materne poiché, se non prontamente trattate, possono evolvere nella sepsi con grave morbosità materna finanche al decesso per shock settico (sepsi associata a gravi alterazioni circolatorie e cellulari/metaboli sono responsabili di un aumento della mortalità) e/o possibili esiti avversi neonatali.

Nel box a pag. 21 sono riportati i criteri diagnostici per la sepsi messi a punto dalla Consensus Sepsis 3.

L'Oms ha stilato la lista delle raccomandazioni per la prevenzione ed il trattamento delle infezioni materne peripartum (vedi box a sinistra).

Per la prevenzione delle possibili infezioni/sepsi nella popolazione ostetrica sono raccomandate diverse misure comportamentali che comprendono:

- una buona igiene personale e il frequente lavaggio delle mani nelle donne in gravidanza e nel periodo post-natale specialmente prima e dopo il cambio dell'assorbente per evitare la contaminazione del perineo e il rispetto delle precauzioni asettiche in caso di trauma perineale;
- un'alimentazione corretta per evitare il sovrappeso e l'obesità e la prevenzione e il trattamento dell'anemia in gravidanza;
- l'informazione alle donne e alle coppie circa gli alimenti da evitare in gravidanza per prevenire la trasmissione di infezioni gravi come la listeriosi, la salmonellosi e la toxoplasmosi;
- la vaccinazione antinfluenzale in gravidanza per prevenire le possibili complicanze della malata legate allo stato gravidico e per prevenire l'infezione nei neonati;
- l'informazione alle donne e alle coppie circa l'opportunità di evitare i viaggi in zone ad alto rischio infettivo;
- l'informazione alle donne e alle coppie circa i segni e i sintomi materni indicativi di possibile infezione in modo da permettere loro di cercare tempestivamente assistenza sanitaria anche dopo la dimissione ospedaliera.

Anche il personale sanitario deve rispettare adeguate pratiche clinico-assistenziali mirate al controllo delle infezioni come:



* Una raccomandazione condizionale nel sistema GRADE fa riferimento alle condizioni in cui la qualità delle prove di efficacia disponibili esprime incertezza nel bilanciamento tra i benefici e i danni della raccomandazione

[illegible]

- Entro la prima ora dal sospetto o dalla diagnosi di sepsi è opportuno applicare il blunde Sepsis Six, tre interventi diagnostici (prendi tre) e tre terapeutici (dai tre) (vedi figura in basso).**

2. Antibiotico terapia: In tutti i casi di sospetta o accertata sepsi/shock settico somministrare il trattamento antibiotico per via endovenosa appena pos-

The diagram is divided into two horizontal sections by a dashed line. The top section is titled 'Tre interventi diagnostici' (Three diagnostic interventions) and features a red arrow pointing right with the text 'PRENDI 3'. To the right of the arrow is a circular petri dish containing various shapes representing bacteria. A red circle with the number '1' is positioned above the petri dish, with the text 'Prelievo per emocoltura ed esami colturali' (Sampling for blood culture and culture tests) to its right. The bottom section is titled 'Tre interventi terapeutici' (Three therapeutic interventions) and features a red arrow pointing right with the text 'DAI 3'. To the right of the arrow is an oxygen tank with the chemical formula O_2 on it. A red circle with the number '1' is positioned above the tank, with the text 'Somministrazione di ossigeno' (Administration of oxygen) to its right.

Tre interventi diagnostici
PRENDI 3

1
Prelievo per emocoltura ed esami colturali

Tre interventi terapeutici
DAI 3

1
Somministrazione di ossigeno

SEGUE

sibile e comunque entro la prima ora. Se si sospetta che il focolaio infettivo è a partenza dal tratto genitale, dalle vie urinarie o dalla ferita chirurgica, nella Sanford Guide to Antimicrobial Therapy vengono proposti 4 schemi terapeutici empirici iniziali che tengono conto di situazioni particolari. Di seguito il primo dei quattro schemi con antibiotici ad ampio spettro in grado di coprire i patogeni più probabilmente coinvolti (**vedi box** a fianco).

3. Terapia infusioneale per migliorare la perfusione tissutale e mantenere una PAM > 65 mmHg occorre un'adeguata rianimazione volemica somministrando un carico di 30ml/Kg di cristalloidi entro le prime 3 ore.

Fra i fattori di rischio della sepsi vanno ricordati, tra gli altri, l'obesità, il diabete, la malnutrizione, l'anemia grave (Hb <9 g/dl), terapia con immunodepressori l'aborto settico, la vaginosi batterica, l'amniocentesi e altre procedure invasive di diagnosi prenatale, il cerchiaggio cervicale, la rottura prolungata delle membrane, il taglio cesareo soprattutto quando non programmato, il parto operativo, la ritenzione di placenta con secondamento manuale, le lacerazioni vaginali di III-IV grado e le infezioni della ferita chirurgica/episiorrafa, l'infezione della sede di inserzione del catetere peridurale e la mastite. **Raccomandata in caso di sepsi la profilassi del tromboembolismo venoso** con profilassi meccanica e, se non controindicata, eparina a basso peso molecolare.

Per l'azione diretta dell'infezione, le condizioni critiche materne e le conseguenti terapie, **il benessere fetale** subisce l'effetto della sepsi, condizionando la modalità e il timing del parto. In travaglio la cardiotocografia dovrà essere in continuo. Fra i segni aspecifici più comunemente riportati c'è la tachicardia fetale che, in caso di febbre materna, è opportuno rivalutare dopo somministrazione di antipiretici alla gestante. Se le condizioni materne si presentano instabili si raccomanda di stabilizzarle prima dell'espletamento del parto per evitare così l'aumento dei tassi di mortalità materna e fetale. Quando la fonte dell'infezione è endouterina si raccomanda invece che il parto venga subito espletato.

ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE

La rottura prematura delle membrane (PROM) occorre in circa il 10% delle gravidanze a termine. È associata a complicanze infettive tra cui la sepsi materna e lo shock settico. Tuttavia, se da un lato la IAP (Intrapartum Antibiotics Prophylaxis) riduce il rischio di queste complicanze, dall'altro è a sua volta associata a eventi avversi come quelli riportati nell'articolo. Da ciò la necessità di offrire nelle gestanti in cui si diagnostichi una PROM, l'adeguata gestione clinica e una profilassi antibiotica opportunamente somministrata intra e peri-partum.

Studi recenti riportano che non vi sono evidenze conclusive sulla necessità di ricorrere all'uso routinario degli antibiotici nelle PROM a termine, ma suggeriscono di limitare il trattamento profilattico alle pazienti che presentino fattori di rischio specifici.

Tali fattori comprendono la colonizzazione materna da Streptococco di gruppo B accertata mediante positività del tampone vagino-rettale o riscontro di batteriuria sostenuta da SGB durante la gravidanza, precedente figlio con infezione neonatale invasiva da GBS, la durata della rottura delle membrane > 18 ore, la temperatura materna ≥ 38°C e l'età gestazionale < 37 settimane.

Nelle gestanti che presentino PROM in associazione ai fattori di rischio sopraelencati o p-PROM, la IAP deve essere somministrata come segue:

1. Nelle donne non allergiche alla penicillina si somministra:

Penicillina G, 5 milioni Unità endovena (ev), seguiti da 2,5-3milioni Unità ev ogni quattro ore fino al parto oppure Ampicillina, 2 gr ev, seguiti da 1 grammo ev ogni quattro ore fino al parto.

2. Nelle donne allergiche alla penicillina, ma senza storia di anafilassi, angioedema, distress respiratorio, orticaria seguenti alla somministrazione di penicillina o una cefalosporina si somministra:

Cefazolina, 2 gr ev, seguiti da 1 gr ev ogni otto ore fino al parto.

3. Nelle donne allergiche alla penicillina, con una storia di anafilassi, angioedema, distress respiratorio, orticaria seguenti alla somministrazione di penicillina o una cefalosporina si somministra:

Clindamicina, 900 mg ev ogni otto ore fino al parto (considerata efficace solo in caso di sensibilità all'antibiogramma).

Vancomicina 1 gr ev ogni dodici ore fino al parto.

In caso di PROM e di accertata colonizzazione materna da SGB è stato dimostrato un maggior rischio di malattia precoce neonatale o Early Onset Disease (EOD), caratterizzata da polmonite, meningite, sepsi e morte, per cui la profilassi deve essere iniziata subito e proseguita fino al parto. Inoltre, in tali donne è preferibile offrire l'induzione del travaglio di parto, piuttosto che una condotta d'attesa. **Si ricorda che la IAP è efficace se somministrata per almeno 4 ore prima del parto.**

PREVENZIONE DELLA SEPSI NEONATALE PRECOCE DA SGB

Lo Streptococco emolitico di gruppo B (SGB) fu per la prima volta riconosciuto come patogeno nel 1939 quando R.M. Fry descrisse tre casi di sepsi puerperale fatale.

Negli anni '70 lo streptococco emolitico di gruppo B, che colonizza il tratto genitourinario e gastroenterico delle gestanti, fu riconosciuto come la prin-

“

Negli anni '70 lo streptococco emolitico di gruppo B fu riconosciuto come la principale causa di sepsi neonatali precoci (EOS) negli Usa

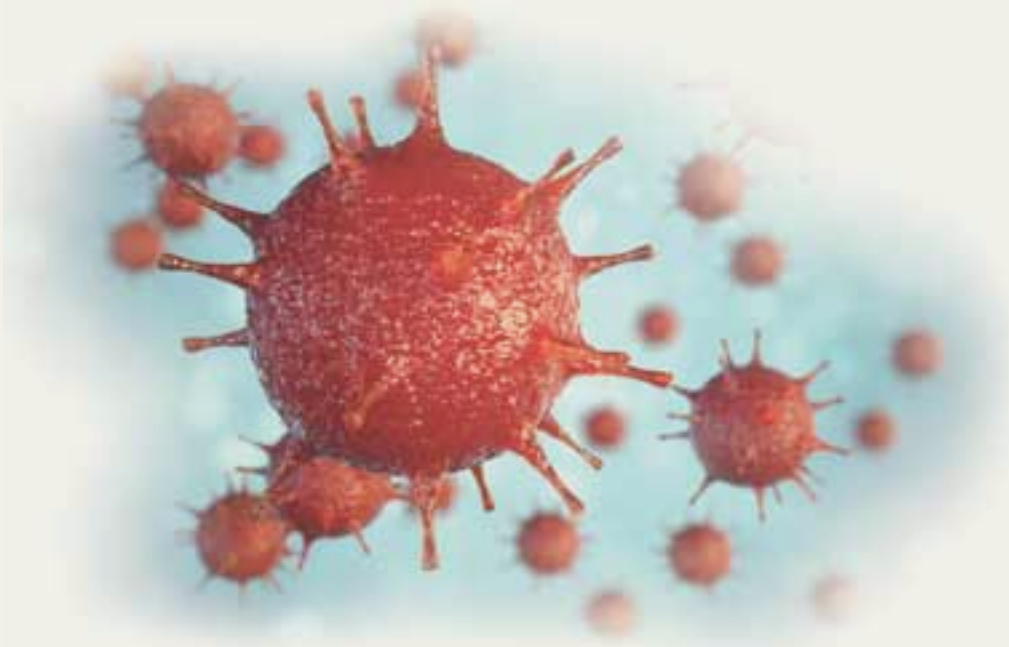
Identificato il patogeno responsabile e ottenuto l'antibiogramma il trattamento antibiotico dovrà essere mirato

Primo schema terapeutico
(prima scelta salvo condizioni particolari)

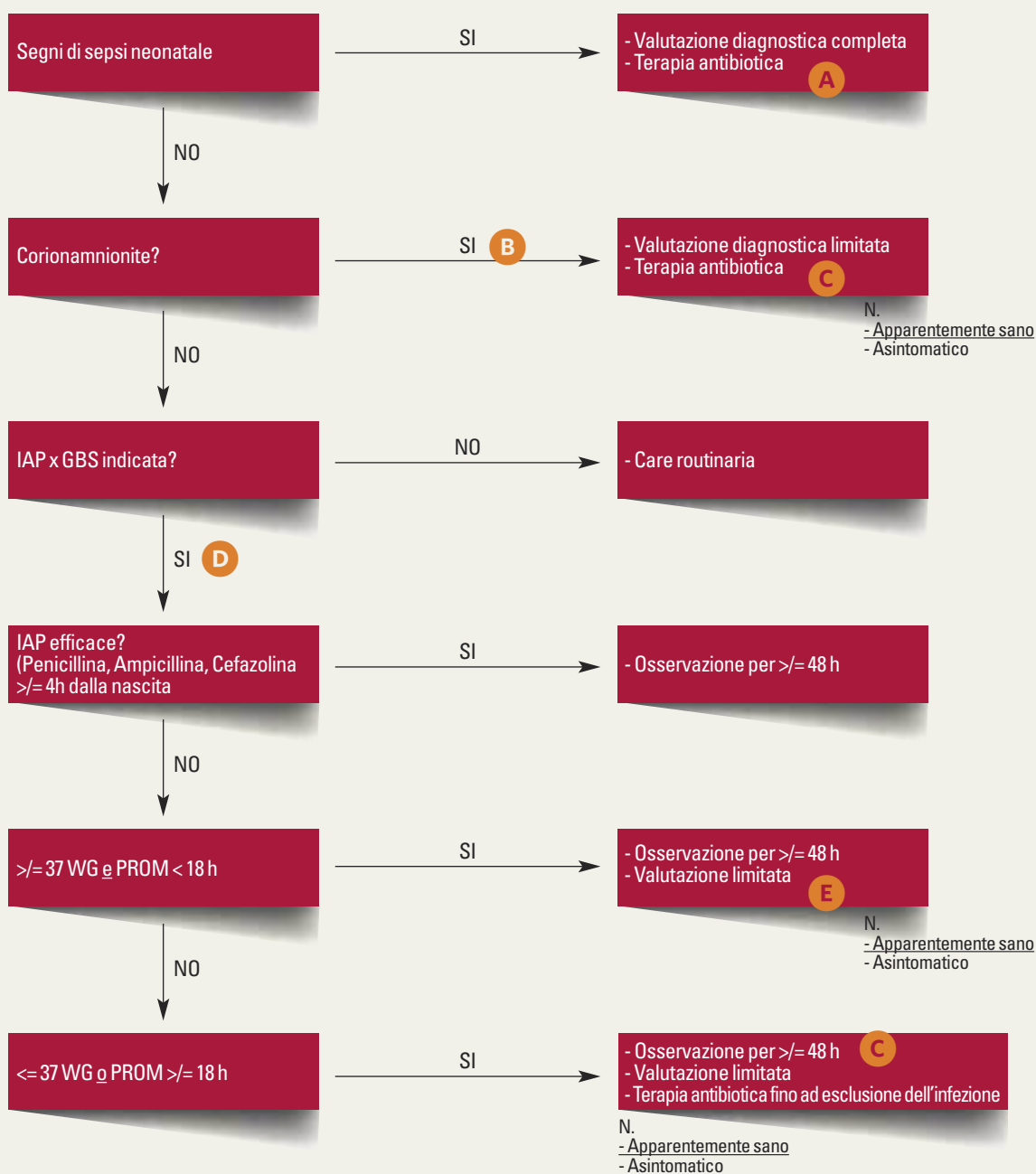
Combinazione penicillina/inibitore delle beta latamasi (es. piperacillina/tazobactam) + aminoglicoside (es. gentamicina o amikacina)

■ **piperacillina/tazobactam** alla dose di 4,5 g ogni 6 ore (prima dose in bolo o infusione rapida per raggiungere rapidamente i livelli ematici terapeutici e in infusione protratta per 4-6 ore a seguire)

■ **gentamicina** in unica somministrazione alla dose di 5 mg/kg/die (oppure amikacina in unica somministrazione alla dose di 15 mg/kg/die)



ALGORITMO ADOTTATO DALLA NOSTRA U.O. PER LA PREVENZIONE DELLA EOS DA SGB



La principale causa di sepsi neonatali precoci (EOS) negli Usa. Successivamente fu dimostrato che la somministrazione di antibiotici e.v. nelle donne in travaglio a rischio di trasmettere questo germe ai neonati poteva prevenire la EOS; pertanto negli anni '90 furono pubblicate le raccomandazioni per la prevenzione della malattia perinatale da SBG: nel 1996 da parte dell'American College of Obstetrician and Gynecologist e del C.D.C. di Atlanta e nel 1997 dall'American Academy of Pediatrics. In quegli anni si verificò una notevole riduzione di incidenza della malattia e un'ulteriore riduzione si è verificata dopo la pubblicazione della raccomandazione dello screening tramite tampone vagino-rettale di tutte le gravide tra la 35 e la 37 settimane di gestazione. Nel 2010 il C.D.C. ha proposto una revisione delle linee guida per la prevenzione della malattia perinatale da SBG. In tale revisione, sono indicati i criteri della profilassi antibiotica intrapartum (IAP) da effettuarsi con Ampicillina e.v. (2 g dose iniziale poi 1 g ogni 4 ore fino ad espletamento del parto) (si veda paragrafo precedente di questo trattato relativo alla IAP).

INCIDENZA DELLA MALATTIA AD INIZIO PRECOCE E TARDIVO DA SBG: SI NOTI LA DRAMMATICA RIDUZIONE DELLA EOS DOPO LA IAP E LA MANCATA AZIONE SULLA LOS (LATE ONSET SEPSIS)



PREVENZIONE DELLA SEPSI NEONATALE PRECOCE DA SBG
In basso nella pagina di fianco, l'algoritmo adottato dalla nostra U.O. per la prevenzione della EOS da SBG. A riguardo, le linee guida dei Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) degli USA prevedono:
■ **al punto E** osservazione per ≥ 48 ore, alcuni esperti consigliano Emocromo con FL a 6-12 ore, se si sviluppano segno di sepsi va effettuata valutazione diagnostica completa e antibioticotterapia.
■ **al punto C** osservazione per ≥ 48 ore e valutazione diagnostica limitata, se si sviluppano segno di sepsi va effettuata valutazione diagnostica completa e antibioticotterapia.
Per valutazione diagnostica completa si intendono emocoltura, emocromo con FL, PCR, RX torace (se sono presenti anomalie respiratorie) e PL (se il pz è stabile abbastanza da tollerare la procedura e si sospetta sepsi)
Per valutazione diagnostica limitata si intendono emocoltura, emocromo con FL, PCR (**vedi grafico** in basso).

Fra i fattori di rischio della sepsi vanno ricordati, tra gli altri, l'obesità, il diabete, la malnutrizione, la vaginosi batterica, l'amniocentesi e altre procedure invasive di diagnosi prenatale, il cerchiaggio cervicale, la rottura prolungata delle membrane, il taglio cesareo soprattutto quando non programmato, il parto operativo, la ritenzione di placenta con secondamento manuale, le infezioni della ferita chirurgica/episiorraffa, l'infezione della sede di inserzione del catetere peridurale e la mastite

Per approfondire

Induzione al travaglio di parto - Fondazione Confalonieri Ragonesi Su Mandato Sigo, Aogoi, Agui, Linee guida 2016

AOGOI linee guida: Percorso clinico-diagnostico-terapeutico per la prevenzione dell'infezione neonatale precoce da Streptococco gruppo B, 2014

RCOG release: Women in preterm labour to be offered antibiotics to combat Group B Strep, 2017

Hughes RG, Brocklehurst P, Steer PJ, Heath P, Stenson BM on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease. Green-top Guideline No. 36. BJOG 2017; 124:e 280–e305

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Clinical guideline, Postnatal care up to 8 weeks after birth, 2015

Sistema nazionale linee guida (SNLG), Istituto superiore di sanità (ISS). Gravidanza fisiologica Linea guida 20. Roma, ISS, 2016

Macias AE, et al. for the Global Influenza Initiative. The Global Influenza Initiative recommendations for the vaccination of pregnant women against seasonal influenza. Influenza Other Respir Viruses 2015;9:531-7

Ministero della Salute Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale Direzione Generale della Programmazione Sanitaria Ufficio III ex D.G. Prog. Manuale di formazione per il governo clinico: la sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012

AGENAS. Linee di indirizzo per la prevenzione delle complicanze in gravidanza. Agenzia Nazionale Per i Servizi Sanitari Regionali, 2017.

Rhodes A, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. Intensive Care Med 2017;43:304-77

Ragusa A, Svelato A, D'Avino S, Per un buon inizio :imprinting ambientale alla nascita GynecoAogoi 2018; 5:22-29

B. C. Young, L. E. Dodge, M. Gupta, J. S. Rhee, e M. R. Hacker. Evaluation of a rapid, real-time intrapartum group B streptococcus assay. Am J Obstet Gynecol vol. 205, n. 4, pagg. 372.e1–6, ott. 2011

www.cepheid.com/us/cepheidsolutions/clinical-ivd-tests/sexual-health/xpert-gbs

NICE. Xpert GBS test for the intrapartum detection of group B streptococcus. 21-apr-2015

M. B. Azad et al. Impact of maternal intrapartum antibiotics, method of birth and breastfeeding on gut microbiota during the first year of life: a prospective cohort study. BJOG Int J Obstet Gynaecol; vol. 123, n. 6, pagg. 983–993, mag. 2016

N. A. Bokulich et al. Antibiotics, birth mode, and diet shape microbiome maturation during early life. Sci Transl Med; vol. 8, n. 343, pagg. 343ra82-343ra82, giu. 2016

Donati S. Dossier “La prevenzione e gestione della sepsi materna” in: Corso di Formazione a distanza: La prevenzione e gestione della sepsi materna - Italian Obstetric Surveillance System - Istituto Superiore di Sanità; Zadig Editore - ottobre 2018

IL PROGETTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE ALLA STATO-REGIONI

La tutela della fertilità nei pazienti oncologici

Dalla crioconservazione ai percorsi diagnostici terapeutici dedicati

Metodiche di tutela della fertilità femminile e maschile, requisiti dei Centri autorizzati alla conservazione dei gameti e dei tessuti ovarico o testicolare e il Pdta per le persone sottoposte a trattamenti oncologici che desiderino preservare la fertilità. È quanto contenuto nell'Accordo "Tutela della fertilità nei pazienti oncologici" proposto dal Ministero della Salute e arrivato sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni lo scorso febbraio

“

A indicare la strada per tutelare la possibilità di pazienti sottoposti a trattamenti oncologici che non vogliono vedersi sbarrata la possibilità di avere figli è l'Accordo "Tutela della fertilità nei pazienti oncologici" su proposta del Ministero della Salute, arrivato sul tavolo della Conferenza Stato Regioni il 21 febbraio scorso

LE PIÙ EFFICACI METODICHE di tutela della fertilità per uomini e donne che devono sottoporsi a trattamenti oncologici secondo le più moderne indicazioni della scienza. Ma anche indicazioni sui criteri di individuazione e autorizzazione delle strutture deputate alla conservazione della fertilità basate su requisiti specifici organizzativi e tecnologici, su idonee misure di sicurezza e qualità, su volumi di attività minimi accettabili e di esperienza pregressa e sul controllo degli esiti. A indicare la strada per tutelare la possibilità di pazienti sottoposti a trattamenti oncologici che non vogliono vedersi sbarrata la possibilità di avere figli è l'Accordo **"Tutela della fertilità nei pazienti oncologici"** su proposta del Ministero della Salute, arrivato sul tavolo della Conferenza Stato Regioni il 21 febbraio scorso. Accordo che **in 13 punti indica Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (Pdta)** per pazienti oncologici che desiderino preservare la fertilità.

La crescente complessità dei trattamenti oncologici integrati, più efficaci ma anche più tossici, impone già in fase di programmazione terapeutica una maggior attenzione alla qualità di vita a lungo termine, compresa la riproduzione. Per questo nel documento vengono presentate tutte le evidenze scientifiche in merito agli effetti dei chemioterapici e della radioterapia sulle gonadi e sulle gravidanze in pazienti sottoposte a trattamenti, indicando le metodiche più all'avanguardia per tutelare la fertilità di uomini e donne.

Per le donne le strategie per prevenire o ridurre il danno a carico delle gonadi includono: soppressione ovarica con analoghi/antagonisti del GnRh; trasposizione ovarica; schermatura gonadica durante radioterapia; chirurgia conservativa nei tumori ginecologici (cervice, ovaio, utero); crioconservazione dei gameti; crioconservazione del tessuto gonadico femminile.

Le tecniche di crioconservazione che si sono dimostrate efficienti e sicure, rappresentando una opzione concreta per le pazienti, sono la crioconservazione degli embrioni e la crioconservazione degli ovociti maturi. La crioconservazione del tessuto ovarico o dell'intero ovaio e la crioconservazione di ovociti immaturi o maturati in vitro sono considerate ancora tecniche sperimentali.

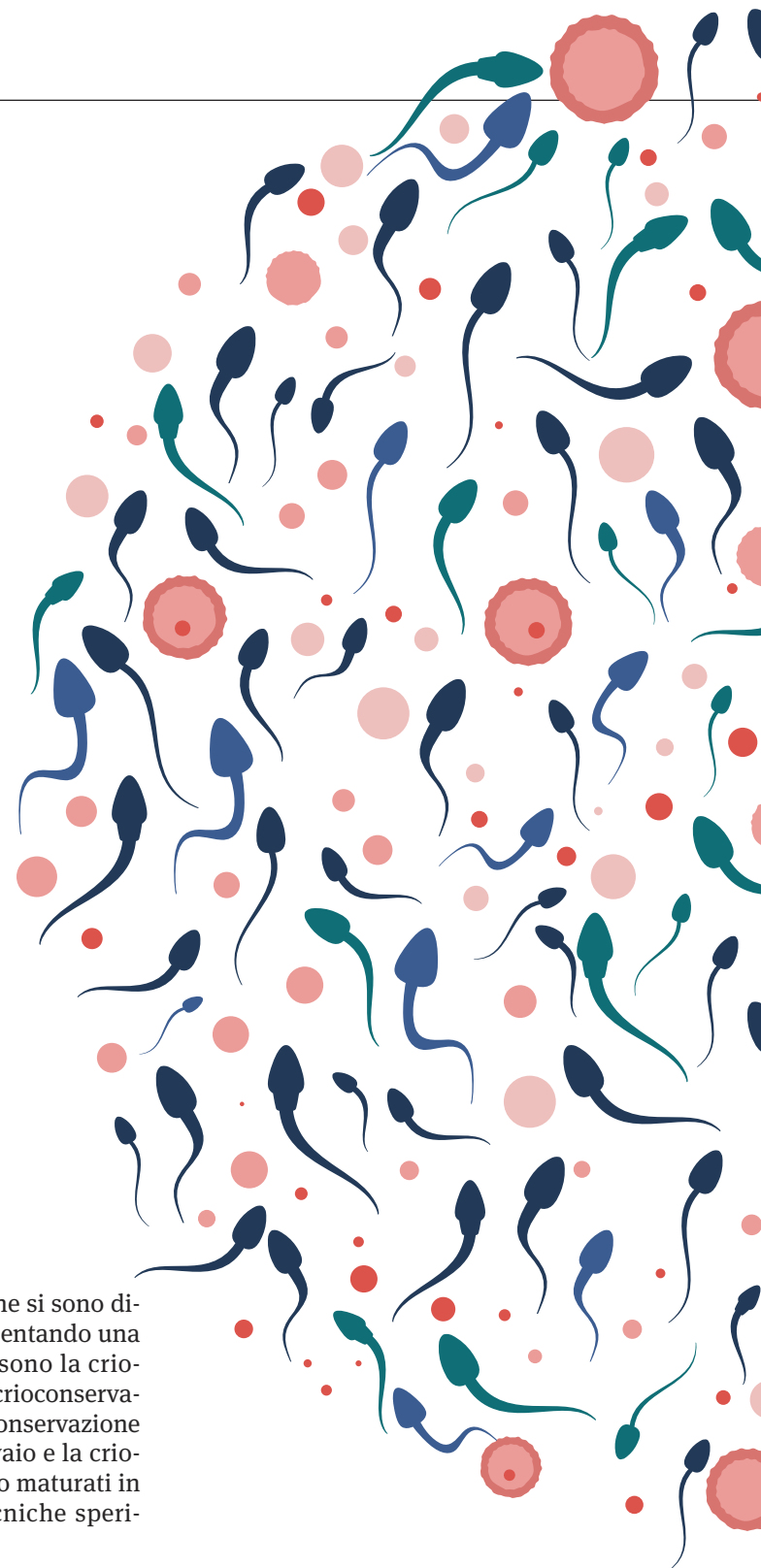
Le strategie per prevenire o ridurre il danno a carico delle gonadi nell'uomo includono invece la: crioconservazione del seme; crioconservazione del tessuto testicolare; soppressione testicolare con analoghi del GnRH. Dai dati oggi disponibili, la crioconservazione del seme rappresenta la strategia di prima scelta per la preservazione della fertilità nei giovani pazienti che devono sottoporsi a trattamenti antitumorali. Altre tecniche possibili sono la crioconservazione di spermatozoi ottenuti da prelievo di tessuto testicolare o la criopreservazione di tessuto testicolare e successivo reimpianto. A differenza di quanto succede nella donna, nell'uomo il ricorso a queste tecniche, se adeguatamente programmato, non comporta un ritardo nell'inizio del trattamento antitumorale. Al contrario della donna, nell'uomo, la protezione gonadica attraverso la manipolazione ormonale non risulta efficace; d'altra parte la crioconservazione del tessuto testicolare o degli spermatozoni con reimpianto e lo xenotrapianto testicolare sono in fase di sperimentazione e non sono ancora stati testati con successo nell'uomo.

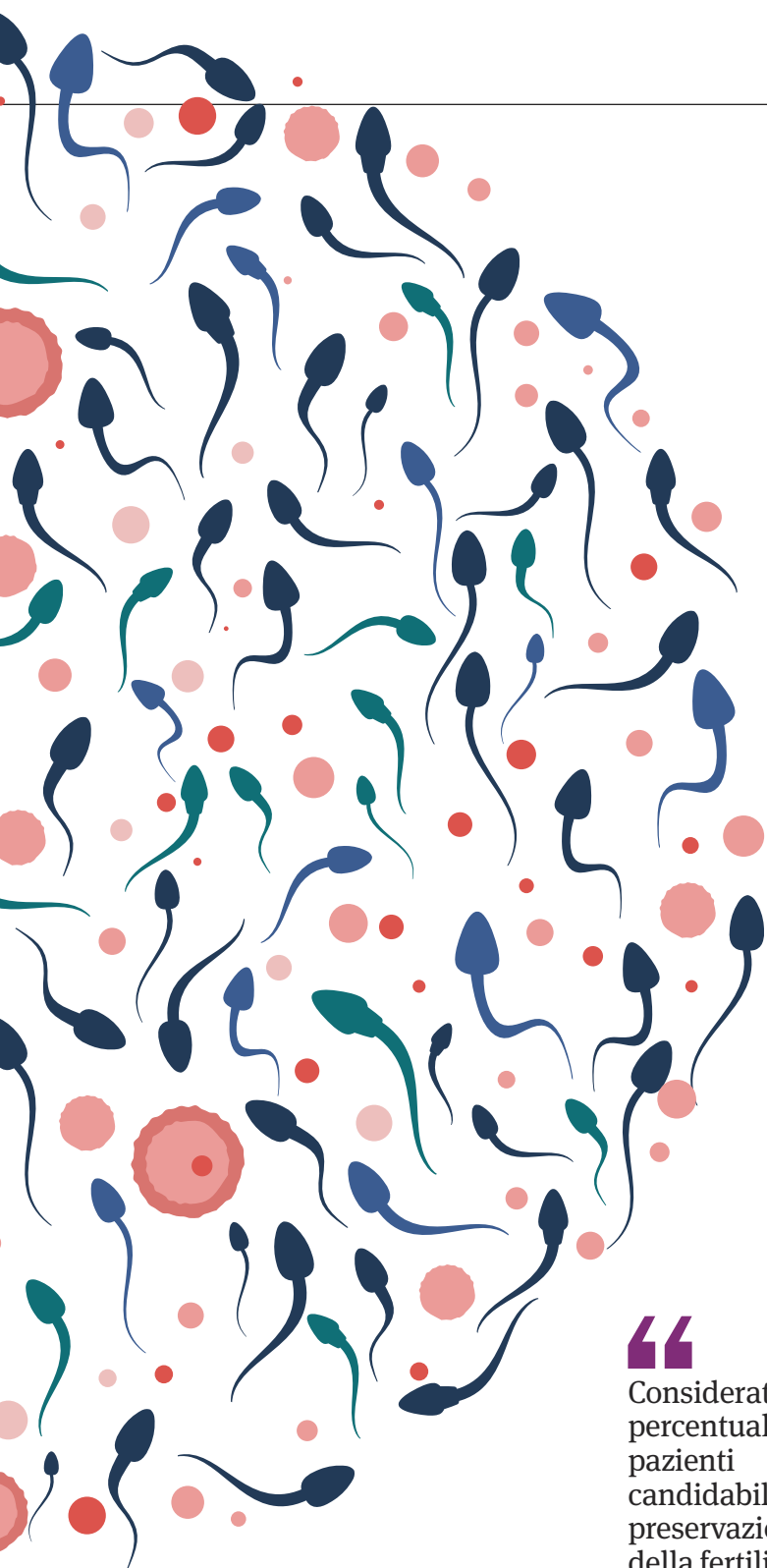
Requisiti dei Centri. Le banche, intese come centri di conservazione dei gameti e dei tessuti ovarico o testicolare, possono essere inserite in Centri di fecondazione assistita (e quindi oltre alla crioconservazione dei gameti/tessuti testicolare anche il successivo utilizzo può avvenire nell'ambito della stessa struttura), oppure essere strutture autonome, dedicate solo ed unicamen-

te alla preservazione della fertilità di pazienti affetti da patologie che richiedono trattamenti potenzialmente sterilizzanti. In ogni caso la Banca dovrà consentire la crioconservazione senza scadenza temporale e garantire, quindi, ai pazienti, anche giovanissimi, una potenzialità riproduttiva fino a molti anni dopo la raccolta.

Nel documento vengono elencati i criteri per l'individuazione da parte delle Regioni della banca di conservazione (criteri che non si riferiscono alle attività di crioconservazione svolte nei centri di Pma conformi ai requisiti di cui ai decreti legislativi n. 191/2007 e n. 16/2010):

- **deve essere situata in Irccs**, Aou pubbliche o convenzionate, individuati dalla Regione e periodicamente ispezionata per la conformità ai requisiti di qualità e sicurezza previsti dalla legge e dalle Linee Guida del Cnt per la gestione delle sale criobiologiche;
- **deve garantire un servizio dedicato** e continuo con un'adeguata numerosità di personale;
- **deve possedere un'esperienza pregressa** di almeno 2 anni nella lavorazione e crioconservazione della tipologia specifica di gameti e/o tessuti;
- **deve disporre di procedure convalidate** per la lavorazione e conservazione dei gameti. E ancora, per la lavorazione e conservazione del tessuto ovarico, deve essere data evidenza dell'effettuazione di prove di validazione delle pro-





Considerata la percentuale di pazienti candidabili alla preservazione della fertilità e l'incidenza delle patologie nella popolazione, si raccomanda che una banca degli ovociti e del tessuto ovarico venga istituita ogni 5 milioni di abitanti e del liquido seminale/tessuto testicolare ogni 5 milioni di abitanti

cedure e dei protocolli adottati, anche con pregressa attività di ricerca e sperimentazione;

- **deve mantenere**, dopo il primo anno di attività, un **volume minimo** di stoccaggio e crioconservazione di almeno 200 campioni/anno di ovociti e/o embrioni e di almeno 100 campioni/anno di liquido seminale e/o tessuto testicolare;
- **deve raccogliere il follow-up** a breve termine dei pazienti, in caso di riutilizzo dei materiali biologici.

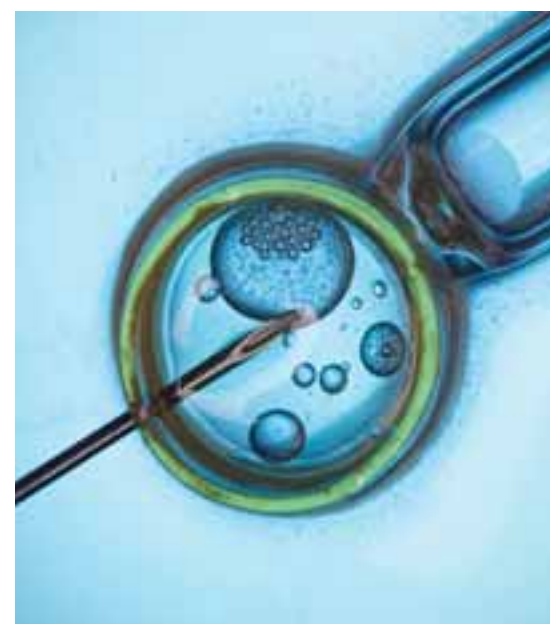
Infine, considerata la percentuale di pazienti candidabili alla preservazione della fertilità e l'incidenza delle patologie nella popolazione, si raccomanda che una banca degli ovociti e del tessuto ovarico venga istituita ogni 5 milioni di abitanti e del liquido seminale/tessuto testicolare ogni 5 milioni di abitanti, restando salva la possibilità di istituire una banca, in presenza di particolari condizioni logistiche, anche qualora la regione o la provincia autonoma abbiano un numero di abitanti inferiore ai 5 milioni.

I Pdta. Il documento indica poi in tredici punti i percorsi per tutelare le persone sottoposte a trattamenti oncologici:

1. Constatazione dell'aumento recente progressivo del tasso di sopravvivenza al cancro.
2. Conseguente apertura di una prospettiva di fertilità nei/nelle pazienti sopravvissuti al cancro.



3. Necessità di protezione della fertilità dal cancro.
4. Identificazione dell'esigenza di fertilità dei pazienti da parte dei centri oncologici ed ematologici.
5. Invio all'Unità organizzativa di Medicina e Chirurgia della fertilità di riferimento regionale e valutazione della eventuale opportuna strategia di protezione-preservazione della fertilità a seconda della diagnosi neoplastica e delle condizioni anatomiche e funzionali delle gonadi.
6. Le strategie di protezione-preservazione della fertilità annoverano:
 - a) Chirurgia conservativa (es tumore borderline ovaio)
 - b) Trasposizione ovarica (es in caso di Irradiazione)
 - c) Trattamento medico con analoghi del GnRH (riduzione dell'insulto chemioterapico alle gonadi)
 - d) Crioconservazione dei gameti maschili (tecnica semplice e poco invasiva sia come raccolta dei gameti sia come procedura di crioconservazione)
 - e) Crioconservazione dei gameti femminili (tecnica relativamente semplice preceduta da superovulazione con gonadotropine analoghi del GnRH ed eventualmente letrozolo da valutare caso per caso)
 - f) Crioconservazione del tessuto gonadico maschile (tecnica relativamente complessa in caso di non disponibilità di gameti eiaculati)
 - g) Crioconservazione del tessuto gonadico femminile (tecnica complessa, ancora sperimentale da scegliere in caso di mancanza di tempo per la superovulazione o di soggetti prepuberi nei quali sia effettivamente indicata considerando il bilancio costi/benefici).
7. Il Centro organizzativo di Medicina e Chirurgia della Fertilità di riferimento Regionale, a seconda della propria organizzazione, e del bacino di utenza, e della tecnica di protezione-preservazione della fertilità, può scegliere di eseguire al proprio interno la strategia prescelta o di indirizzare l'esecuzione materiale ad un Centro Satellite di Preservazione della fertilità (Banca) autorizzato per questi fini. La Banca dovrà avere i requisiti stabiliti nel documento "Tutela della fertilità nei pazienti oncologici" e, in particolare, i criteri indicati.
8. È ipotizzabile che il numero di Unità di Medicina e Chirurgia della fertilità sia di 1 ogni circa 5 milioni di abitanti e, pertanto, circa 10 nel



territorio nazionale dislocati per Regioni o aggregazioni di Regioni.

9. L'Unità di Medicina e Chirurgia della fertilità identificata dalla Regione/aggregazioni di Regioni sarà il punto di riferimento per i Centri Oncologici ed ematologici, ed in particolare per l'utenza, mettendo a disposizione un numero telefonico dedicato con personale esperto nel valutare le richieste e con presa in carico dei pazienti entro 48-72 ore.
10. L'Unità Organizzativa di Medicina e Chirurgia della Fertilità si farà carico del follow up post interventi dei pazienti con verifica periodica della riserva gonadica e disponibilità all'eventuale ripristino della fertilità se necessario con procedure chirurgiche (es reimpianto tessuto gonadico) o di procreazione medicalmente assistita con gameti crioconservati o freschi (a seconda della riserva funzionale residua).
11. L'Unità resterà costantemente in contatto e a disposizione del Centro Oncologico ed ematologico di Riferimento per ogni eventuale variazione della prognosi neoplastica.
12. Verrà organizzata un'attività formativa sulla fertilità per Oncologi e Medici di Medicina Generale come da Piano Nazionale della fertilità del Ministero della Salute.
13. Verranno stabiliti indicatori di qualità che valutino i tempi di risposta delle strutture, il numero di trattamenti, i risultati ottenuti incluse le gravidanze ed i follow up dei bambini nati ecc.

CORTE DEI CONTI



Legge Gelli: “Azione terapeutica difficilmente riconducibile a rigidità linee guida”

Le prime linee interpretative della giurisprudenza contabile conducono ad una applicazione molto prudente sulle linee guida. Infatti, l'azione terapeutica, per la sua complessità e specificità *ad personam*, è difficilmente riconducibile alla rigidità di schemi cogenti: per questo il predominante parametro di riferimento continua ad essere quello della “buona pratica terapeutica”, così il procuratore generale della Corte dei conti Alberto Avoli

LE PRIME LINEE interpretative della giurisprudenza contabile conducono ad una applicazione molto prudente di alcuni nuovi principi introdotti dalla legge Gelli sulla responsabilità professionale e la sicurezza delle cure. È quanto emerge dal discorso del procuratore generale della Corte dei conti, **Alberto Avoli**, in occasione dell'inaugurazione dell'anno giudiziario lo scorso 15 febbraio.

“Nella sanità – ha spiegato Avoli – le indagini delle Procure regionali si sono incentrate soprattutto su questioni di personale, di organizzazione dei servizi, di corresponsione di indennità indebite, di forniture ed infine di errori terapeutici alla luce della legge ‘Gelli-Bianco’. Vicende particolarmente significative hanno riguardato l'uso improprio di ambulanze e di servizi di sanificazione dei mezzi, la liquidazione a centri convenzionati di prestazioni non effettuate ovvero di prestazione diverse da quelle erogate (attraverso il fraudolento utilizzo di codici non corretti), l'effettuazione sistematica di prestazioni gratuite a parenti ed amici. **Per quanto attiene alla cosiddetta ‘mala sanità’, si segnalano tre eventi connotati da particolare gravità. Il primo** riguarda il decesso di un paziente per indebito allontanamento del sanitario tenuto alla reperibilità; **il secondo** la somministrazione di un farmaco concentrato anziché diluito con gravi conseguenze invalidanti

permanenti; **il terzo** infine l'effettuazione di un intervento chirurgico per rimuovere una garza dimenticata nel corso di una precedente operazione a sua volta compiuta per togliere un'altra garza lasciata durante un intervento ancora precedente”. “Si tratta di casi limite e ogni generalizzazione è ingiustificata e inopportuna – ha proseguito il procuratore generale nel suo intervento –. Tuttavia, proprio partendo da essi e considerando la loro assoluta eccezionalità, può desumersi un quadro complessivo del servizio sanitario nazionale tutto sommato positivo, servizio che ha mantenuto il suo carattere di universalità, pur in un periodo di contenimento della spesa e, anzi, avviando – soprattutto nelle Regioni più virtuose – efficaci processi di razionalizzazione dell'offerta sanitaria ai cittadini”. **Entrando poi nel dettaglio delle novità introdotte dalle legge Gelli, Avoli spiega:** “La legge Gelli-Bianco ha introdotto, come parametro di valutazione della congruità degli interventi terapeutici, quello del doveroso rispetto da parte dei medici delle cosiddette ‘**linee guida bollinate**’. La violazione di tali linee guida potrebbe configurarsi in contrasto con gli obblighi di servizio rilevanti ai fini della responsabilità amministrativa. Tuttavia, le prime linee interpretative della giurisprudenza contabile conducono ad una applicazione molto prudente di questi principi. Infatti l'azione terapeutica, per la sua complessità e specificità *ad personam*, è difficilmente riconducibile alla rigidità di schemi cogenti: per questo il predominante parametro di riferimento continua ad essere quello della ‘buona pratica terapeutica’, all'interno della quale – con una sorta di inversione dei ruoli – collocare le linee guida, da intendersi come indirizzo generale redatto e aggiornato sulla base delle dinamiche evoluzioni della scienza medica”.

“In questo contesto interpretativo, le Procure regionali hanno valutato il presupposto della colpa grave, comprensivo, nel sistema della responsabilità amministrativa, della negligenza (omissione del fare), della imperizia (fare male) e della imprudenza” ha concluso Avoli.

UTERO IN AFFITTO. AL SENATO IL DDL DI PILLON

Pene inasprite fino a 6 anni di carcere. Divieto di iscrizione o trascrizione di atti di nascita a genitori dello stesso sesso

“È necessario intervenire e porre argine al triste fenomeno del cosiddetto ‘turismo riproduttivo’, inasprendo inoltre le rispettive pene onde aumentare l'effetto deterrente della norma. È infine necessario dare una definitiva indicazione che renda impossibile iscrivere o trascrivere atti di nascita di minori con due padri o con due madri”. Questi gli obiettivi che si prefigge il nuovo disegno di legge presentato al Senato dal leghista Simone Pillon.

Quanto alla questione riguardante l'utero in affitto, il provvedimento interviene andando a modificare ed inasprire le sanzioni già previste dalla legge 40/2004. Per chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità, le pene da 3 mesi a 2 anni di reclusione precedentemente previste, vengono ora innalzate ad un minimo di 3 anni fino ad un massimo di 6 anni. Allo stesso modo, le sanzioni minime passano da 600 mila ad 800 mila euro, mentre quelle massime restano ferme ad 1 milione.

Nella relazione illustrativa del Ddl si spiega: “Le tristi pratiche dell'utero in affitto e della compravendita di gameti umani pur essendo considerate delittuose dal nostro ordinamento (legge n. 40 del 2004) sono purtroppo impunemente utilizzate da alcuni nostri connazionali che non si fanno scrupolo di acquistare gameti umani scelti su veri e propri cataloghi *on line*, impiegando poi le donne quali autentiche incubatrici. I bambini nati a seguito di quello che è un autentico contratto di locazione di utero vengono immediatamente tolti alla madre e consegnati a quelli che potrebbero esser definiti ‘acquirenti’, violando in tal modo i più basilari diritti dell'essere umano”.

“La Grand Chambre della Corte europea dei diritti dell'uomo nel caso n. 25358 del 2012 si è pronunciata con sentenza del 24 gennaio 2017, ritenendo legittimo il desiderio delle autorità italiane di riaffermare la competenza esclusiva dello Stato di riconoscere la ‘relazione parentale legale di un bambino, e questo esclusivamente nel caso di un legame biologico o di un'adozione legale, con l'obiettivo di proteggere i bambini’ - prosegue la relazione -. La Corte costituzionale con sentenza n. 272 del 2017 ha definito la maternità surrogata gravemente lesiva della dignità della donna e del minore stabilendo che la stessa ‘offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel profondo le relazioni umane’. Non è possibile tuttavia per il giudice italiano sanzionare tali reati commessi all'estero in quanto non rientrano nella previsione di cui all'articolo 7 del codice penale”.

“La Corte di Cassazione ha identificato il vuoto normativo ed è pervenuta a sezioni semplici ad una pronuncia assolutoria in un caso consimile (Cassazione penale, sezione V, sentenza n. 13525 del 2016). È pertanto necessario intervenire e colmare tale vuoto, onde porre argine al triste fenomeno del cosiddetto ‘turismo riproduttivo’, inasprendo inoltre le rispettive pene onde aumentare l'effetto deterrente della norma”.

Infine, nella relazione si parla della “necessità di una definitiva indicazione che renda impossibile iscrivere o trascrivere atti di nascita di minori con due padri o con due madri, in violazione delle più elementari esigenze naturali oltre che del primario e superiore interesse del minore a non essere separato dai propri genitori naturali, come previsto dalla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia”.

Più nel dettaglio, l'articolo 1 del disegno di legge introduce modifiche al codice penale rendendo perseguibili tutti i divieti previsti dalla legge 40 (articoli 12 e 13) anche se commessi all'estero (tra i quali rientra anche il divieto alla maternità surrogata).

L'articolo 2 inasprisce il trattamento sanzionatorio già previsto dalla legge n. 40 del 2004 prevedendo che chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre a sei anni e con la multa da 800.000 a un milione di euro (oggi è invece prevista la reclusione da tre mesi a due anni e la multa da 600.000 a un milione di euro).

Infine, l'articolo 3 prevede il divieto all'ufficiale di stato civile di iscrivere o trascrivere atti di nascita riportanti quali genitori del minore due persone dello stesso sesso ovvero più di due persone, anche se di sesso diverso. Si prevede poi che coloro che dichiarano la propria paternità o maternità sul minore debbano autocertificare il proprio legame biologico col minore.

Giovanni Rodriguez

DIRIGENZA MEDICA. NASCE LA FEDERAZIONE CIMO-FESMED

“Obiettivo: dare più forza ai diritti nella sanità”

Con circa 15mila iscritti, la Federazione potenzia la propria rappresentatività e porterà entro dicembre 2020 all'unità di rappresentanza sindacale in ogni contesto. Alla presidenza **Guido Quici (Cimo)** mentre **Giuseppe Ettore (Fesmed)** sarà presidente vicario. “Intendiamo cambiare il modo di essere Sindacato di Categoria, non solo sul contratto”

NASCE UFFICIALMENTE LA NUOVA FEDERAZIONE CIMO-FESMED, unione delle forze organizzative e di rappresentanza di Cimo, il sindacato dei medici, e della Fesmed, Federazione Sindacale Medici Dirigenti (della quale fa parte anche Aogoi), con l'obiettivo di dare “maggiore determinazione ed efficacia alle proprie azioni per la promozione del servizio sanitario nazionale, la valorizzazione del medico come figura cardine in questo sistema, l'aggiornamento delle competenze degli iscritti e il miglioramento dei servizi a loro indirizzati”.

La nuova realtà sindacale, frutto di un percorso di vicinanza di intenti e valori che i vertici di Cimo e Fesmed hanno consolidato negli anni passati, vuole rappresentare “una piattaforma comune di aggregazione anche di altre organizzazioni sindacali, aperta alla piena collaborazione e sinergia delle Società Scientifiche e delle Associazioni dei pazienti, al fine di occupare un ruolo centrale nella sanità a difesa della professione medica, ridare certezza al futuro dei giovani medici e garantire sicurezza e qualità delle cure ai cittadini”. Il processo di costituzione della Federazione avrà un “impatto positivo sulla capacità di iniziativa e dialogo in nome dei circa 15.000 medici che compongono oggi la base degli iscritti e porterà entro dicembre 2020 all'unità di rappresentanza sindacale in ogni contesto”. Il Direttivo della Federazione Cimo-Fesmed, nella sua prima riunione il 15 febbraio scorso nella sede di Roma, ha nominato **Guido Quici** Presidente della Federazione e **Giuseppe Ettore** Presidente vicario.

“La Federazione Cimo-Fesmed rappresenta la volontà concreta di concentrare la rappresentatività sindacale per meglio tutelare le esigenze professionali di una categoria che costituisce la base del Ssn e colmare carenze della rappresentatività tradizionale” – ha detto Guido Quici. “Uniti, avremo più forza per promuovere i diritti dei cittadini e tutelare il lavoro dei medici, per una migliore programmazione delle risorse, per vigilare sui colpi di mano a danno della sanità, difendendo il diritto a cure appropriate e uniformi su tutto il territorio nazionale”. “Oggi – ha ricordato Quici – si completa un percorso fortemente voluto dalle due Organizzazioni Sindacali che sono da tempo in perfetta sintonia su tutte le tematiche che interessano la professione medica a partire dai problemi contrat-

“Il processo di costituzione della Federazione avrà un “impatto positivo sulla capacità di iniziativa e dialogo in nome dei circa 15.000 medici che compongono oggi la base degli iscritti e porterà entro dicembre 2020 all'unità di rappresentanza sindacale in ogni contesto”



tuali, alla valorizzazione del ruolo medico nel Ssn, alla sicurezza delle cure, alla libera professione, alla formazione e all'accesso al mondo del lavoro dei giovani colleghi. Un ringraziamento a Riccardo Cassi e Carmine Gigli per la lungimiranza con la quale hanno avviato nel passato il Patto Federale che ora si sostanzia con una formazione sindacale molto più forte, organizzata e rappresentativa”.

“La Federazione costituisce una piattaforma comune – ha affermato **Giuseppe Ettore** – per rappresentare in maniera esclusiva e diretta i medici e impegnarsi concretamente a far fronte al declino della sanità pubblica e ai continui attacchi alla professione medica. Se le politiche dei vari governi e delle regioni hanno, non a caso, strutturato un percorso di forte e diversificato ridimensionamento della sanità pubblica, dobbiamo chiederci se le azioni delle organizzazioni sindacali siano state in questi ultimi dieci anni unitarie, adeguate ed incisive”. “L'assenza di una piattaforma omogenea ed efficace e di un forte e coeso programma “politico” – ha sottolineato Ettore – ha contribuito a rendere sempre più fragile e vulnerabile la tutela ed il sostegno dei propri professionisti e il rapporto con le Istituzioni, avvantaggiando indirettamente il determinarsi di gravi anomalie per la dirigenza medica.

Il percorso di analisi avviato da Fesmed e Cimo col “Patto Federativo” nel 2016, che porta ora alla nascita della Federazione Cimo-Fesmed – ha concluso Ettore – rappresenta un cambio di rotta, un'iniziativa con forti contenuti motivazionali, un patto di comunione e di forza sostenuto da un progetto sindacale mirato a rendere sinergici i valori professionali e la tutela del medico”. Nella fase di avvio della Federazione, i soci fondatori e gli aderenti manterranno la propria autonomia patrimoniale e organizzativa, prevedendo anche settori specifici per aree professionali o per settori di studio. Fino alla prossima rilevazione delle rappresentanze Cimo e Fesmed continueranno ad essere entrambe presenti e distintamente ammesse nelle trattative, ma sarà unica

la loro piattaforma di proposte e identica la posizione negoziale.

La nuova organizzazione ha come organi il Direttivo federale, organo esecutivo della Federazione con mandato quadriennale, nominato dai soci costituenti Cimo e Fesmed in base alla loro attuale rappresentatività il presidente e il presidente vicario, nominati dal Direttivo. **Il Coordinamento federale**, quale organo di indirizzo politico-sindacale della Federazione di cui faranno parte, nella fase definitiva, i segretari regionali eletti in ogni federazione regionale, mentre nella fase transitoria è costituito dai segretari regionali di Cimo e dai fiduciari regionali di Fesmed.

CIMO-FESMED

Il Direttivo Federale

Guido Quici
Presidente

Giuseppe Ettore
Presidente Vicario

Carmine Gigli
Segretario Nazionale Organizzativo

Sebastiano Cavalli
Segretario Nazionale Amministrativo

Arturo Oliva
Coordinatore Federale

Giovanni Sgroi
Vice Coordinatore Federale

Riccardo Giuseppe Spampinato
Formazione Quadri Sindacali

Sergio Barbieri
Rapporti con Istituzioni Scientifiche



In ricordo di Roberto Sposetti

L'Agoi tutta esprime il suo cordoglio per la prematura scomparsa del collega e amico Roberto Sposetti

PIER FRANCESCO TROPEA

LA SCOMPARSA IMPROVVISA DEL PROFESSOR ROBERTO SPOSETTI, GIÀ PRIMARIO GINECOLOGO DELL'OSPEDALE S. BORTOLO DI VICENZA, AL DI LÀ DEL DOLORE CHE HA COLPITO, OLTRE CHE LA SUA FAMIGLIA, L'INTERA COMUNITÀ VICENTINA, NON PUÒ ESIMERCI DAL RICORDARE IL CONTRIBUTO FONDAMENTALE CHE EGLI HA DATO CON LA SUA LUNGA ATTIVITÀ PROFESSIONALE, AL PRESTIGIO DELLA DISCIPLINA GINECOLOGICA.

Dopo la Laurea conseguita all'Università di Padova, Sposetti aveva seguito il Professor Mentasti all'Ospedale di Vicenza, in seno al quale ha

percorso tutta la sua carriera ospedaliera, fino al raggiungimento della nomina alla Direzione della Divisione ostetrico-ginecologica di questo Ospedale, avvenuta nel 1990. Da quel momento, con lungimiranza e impegno lodevoli, Egli si dedica, in linea con i progressi della nostra disciplina, all'acquisizione delle nuove tecniche chirurgiche, attraverso numerosi soggiorni di studio all'estero, divenendo in pochi anni un protagonista del nuovo corso della chirurgia ginecologica mini-invasiva, successivamente diffusasi in tutta Europa.

Esperto esecutore della tecnica chirurgica laparoscopica, anche demolitiva, Sposetti ha saputo trasformare in pochi anni la sua Divisione Ospedaliera in una Struttura modello, sia in termini di tecnicismi chirurgici, che sotto il profilo dell'organizzazione di un Servizio ostetrico-ginecologico offerto alla Comunità vicentina. Si deve

infatti alla sua tenace e prestigiosa attività ospedaliera l'alta qualificazione di cui gode a tutt'oggi la Divisione di Ginecologia e Ostetricia di Vicenza, considerata da anni un autentico punto di riferimento nell'ambito della disciplina ginecologica nazionale.

L'attività clinica di Roberto Sposetti non si è limitata all'organizzazione di una Struttura sanitaria di invidiabile efficienza, ma si è allargata alla ricerca scientifica, come testimoniano i Convegni da lui puntualmente organizzati annualmente in Vicenza, occasione questa offerta a tutto il Nord Italia di aggiornamento per i Ginecologi ospedalieri.

Sotto la Sua sapiente guida tecnico-scientifica, i suoi allievi hanno acquisito, ciascuno nel proprio settore specialistico, una rilevante qualificazione professionale, con ciò contribuendo ad offrire alla Comunità vicentina un ventaglio di competenze settoriali che spaziano dalla Diagnostica prenatale, alla Medicina perinatale, alla Chirurgia praticata nei suoi vari aspetti tecnici di approccio chirurgico.

Nel garantire ai suoi Collaboratori larghi spazi di autonomia professionale, Sposetti ha dimostrato la valenza delle competenze settoriali, con ciò ri-

fuggendo da tentazioni egoistiche di autoreferenzialità.

Per quanto sopra detto, per l'impulso determinante che ha dato per l'organizzazione di un'attività ospedaliera di alta qualificazione, va reso merito a Roberto Sposetti della sua totale dedizione all'Ospedale, con una fedeltà encomiabile che gli è valsa il conferimento di importanti incarichi in seno all'Agoi, primo fra tutti la nomina a Segretario Regionale dell'Agoi veneta, con un incarico sempre rinnovato-gli per lunghi anni.

Tuttavia, il ritratto di Sposetti sarebbe incompleto, se limitato al suo valore professionale, senza menzionare un lato distintivo della sua personalità, rappresentato dalla sua spiccata Umanità. A quest'ultima qualità, accompagnata da un'Etica di comportamenti derivata dai valori autentici di cui era ricco, si deve la definizione che di lui possiamo dare, di un Ginecologo-galantuomo che sapeva trasmettere agli altri un messaggio di giustizia, di speranza, di Umanità.

Alla Comunità vicentina mancherà la sua limpida professionalità connotata da una profonda Umanità, a noi mancheranno la sua saggezza, la sua signorilità, la sua calda Amicizia.

Quando i medici piangono

Non ti illudere di poter trascorrere una vita da medico senza doverne rispondere sul piano emotivo, ammoniscono gli esperti

I MEDICI SONO SPESSO ACCUSATI di scarsa empatia col paziente, quando non di freddezza al limite del cinismo nei rapporti col paziente. Ma ci sono anche i medici che piangono 'sul lavoro', davanti al paziente o al riparo da sguardi indiscreti, nel loro studio. Per tanti motivi diversi. Il senso di impotenza e desolazione di fronte alla morte di una persona da loro assistita, l'identificazione con la situazione di un paziente, lo stress che diventa burnout travolgente.

Ad affrontare l'argomento è un saggio pubblicato su British Medical Journal, tutto costruito intorno alla domanda: 'è appropriato che un medico pianga sul lavoro?'. Per molti, la risposta più ovvia e immediata è 'no' perché il pianto di un medico potrebbe risultare poco professionale, un segno di debolezza o incompetenza, e comunque un'inappropriata perdita del controllo. Ma sono sempre più numerose le evidenze che reprimere emozioni e sentimenti non fa bene. Neppure ai medici.

I più 'benevoli' e comprensivi nei confronti di un collega che versa qualche lacrima al lavoro sono gli psichiatri. A qualcuno di loro è capitato di piangere per il suicidio di un paziente da loro assistito. "Si tratta di un evento inatteso e tragico - ha commentato **Anabel Price** del dipartimento di psichiatria dell'Università di Cambridge - ed è assolutamente umano rima-

MARIA RITA MONTEBELLI



Può un medico piangere sul lavoro? Per molti, la risposta più ovvia e immediata è 'no' perché il pianto di un medico potrebbe risultare poco professionale, un segno di debolezza o incompetenza, e comunque un'inappropriata perdita del controllo. Ma sono sempre più numerose le evidenze che reprimere emozioni e sentimenti non fa bene. Neppure ai medici

nerne sconvolti. A volte è decisamente difficile trattenere le lacrime di fronte ad una brutta notizia". Ad aver paura di scoppiare a piangere di fronte ad un paziente sono soprattutto i giovani, gli studenti di medicina. La Price cerca di fugare questa paura confessando loro tutte le volte che anche a lei è capitato di piangere 'sul lavoro', spiegando loro come ha gestito la questione sul momento e in seguito. Ma soprattutto rassicurandoli sul fatto che può capitare di piangere e di restare comunque un buon medico.

Joyful Doctor (www.joyfuldoctor.com) è un'organizzazione specializzata nel supportare i medici in difficoltà. La sua fondatrice, la psichiatra **Caroline Walker** ritiene che 'ci sia qualcosa di significativo ed appropriato nel versare lacrime con i pazienti quando sta succedendo loro qualcosa di veramente terribile e che

il fatto che un medico mostri la sua vulnerabilità può diventare uno strumento terapeutico estremamente potente che fa sentire al paziente di essere veramente compreso e preso in carico. E il medico che piange davanti al suo paziente, in un'occasione particolare, risulta più vero e onesto". Ma i motivi per i quali un medico scoppia a piangere sul lavoro possono andare oltre quelli della frustrazione e del dispiacere di veder morire un paziente. In molti casi è un campanello d'allarme di burnout. "Molti medici che lavorano al di sopra dei propri limiti, a volte non si accorgono di avere un problema di salute. Se si piange troppo di frequente - ha ammonito la Walker - significa che è arrivato il momento di cercare aiuto. Vanno bene i gruppi Balint o l'analisi in gruppo. Ma i dottori più felici che io abbia mai visto - confessa la Walker - sono quelli che s'incontrano regolarmente con i loro pari per parlare e condividere".

"I medici che piangono sul posto di lavoro possono sentirsi confusi e col-

pevoli per averlo fatto - ha commentato la psicoterapeuta **Chantal Meystre** - Ritengo che ai medici vada offerta una supervisione psicologica per imparare ad esprimere le loro emozioni e a comprendere che potranno stare meglio dopo e che se piangono non è la fine del mondo. Non ti illudere che puoi superare una vita da medico, senza doverne rispondere sul piano emotivo - prosegue l'esperta - perché quando succede, ti può prendere di sorpresa. Una paziente può assomigliare alla tua fidanzata, un bambino può fare il compleanno lo stesso giorno del tuo, e se questo piccolo paziente muore, nella tua testa diventa tuo figlio. Ai medici spesso capita di dimenticare che sono esseri umani."

"Se reprimi le tue emozioni -afferma **Hannah Barham-Brown**, una giovane dottoressa 'fan' del pianto terapeutico - il tuo problema può durare molto più a lungo. Dobbiamo piantarla di vederli come superumani perché è un concetto che ci danneggia".

DEPRESSIONE E ANSIA

I medici ne soffrono più degli altri

Lancet Psychiatry ha pubblicato una revisione sistematica degli studi relativi alla diffusione di ansia e depressione tra i medici. L'incidenza di questi disturbi è alta rispetto alla popolazione generale e gli interventi in termini psico-dinamici sono moderatamente efficaci. Un dato che deve far riflettere

Interventi mirati sui medici sono moderatamente efficaci per ridurre i sintomi di depressione, ansia e suicidio. È quanto emerge da una revisione sistematica e una meta-analisi pubblicate online su *The Lancet Psychiatry*. Rispetto alla popolazione generale e ad altri gruppi professionali, i medici hanno una maggiore prevalenza di depressione, ansia e pensieri suicidi. **Lo studio.** Per la loro analisi Samuel B. Harvey dell'Università del New South Wales (Randwick, Australia), e colleghi hanno preso in considerazione otto studi con dati relativi a un totale di 1.023 medici. Tutti gli studi riguardavano interventi diretti, in

particolare la terapia comportamentale cognitiva individuale o di gruppo (Cbt) o il mindfulness training. Tre studi hanno mostrato una significativa riduzione dei sintomi della depressione (differenza media standardizzata 0,53); quattro studi hanno mostrato una significativa riduzione del disagio psicologico generale (0,65); uno studio ha mostrato una significativa riduzione dell'ansia (0,71); e uno studio ha mostrato una significativa riduzione di pensieri suicidi durante un anno di tirocinio (rapporto di rischio 0,40), rispetto ai gruppi di controllo.

Fonte: Reuters Health