



**ANTEPRIMA
CONGRESSO**

NAPOLI

UN VIAGGIO DI TUTTA UNA VITA

**ITEMI,
I PROTAGONISTI
E LE STORIE
AL CONGRESSO
SIGO 2019**

SIGO 2019



SIGO
SOCIETÀ ITALIANA
DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA

AOGOI

ASSOCIAZIONE
OSTETRICI GINECOLOGI
OSPEDALIERI ITALIANI



AGUI
Associazione Ginecologi
Universitari Italiani

AGITE

ASSOCIAZIONE
GINECOLOGI
TERRITORIALI

“ I recenti dati della letteratura sembrano indirizzarci verso una strada di giusto equilibrio e di determinazione per il mantenimento della buona salute e per la prevenzione delle malattie tipiche della donna nella terza età

01

SIGITE

Menopausa e malattie della Terza Età: l'impegno della Sigite



MARIO GALLO
Presidente Società Italiana Ginecologia della Terza Età (Sigite)

IN UN MOMENTO dove la cura della malattia e dell'assistenza sanitaria stanno diventando una progressiva emergenza, per costi e per fattibilità, la prevenzione assume sempre più un ruolo chiave. In quest'ottica assumono sempre più valore le nostre raccomandazioni raccolte nel folder "Menopausa, istruzioni per renderla migliore in 10 punti" (www.sigite.eu) proposte lo scorso anno che sono state e continuano a essere un punto di riferimento nel definire corretti stili di vita e di salute e a fornire adeguate indicazioni terapeutiche per problematiche relative al periodo della menopausa.

Partendo da questi presupposti la Sigite si propone di indirizzare le proprie energie per sottolineare e diffondere l'importanza della "Medicina di Genere" che è oggi un argomento molto dibattuto su cui si confrontano non solo le Società Scientifiche, ma più in generale tutte le Istituzioni che hanno come obiettivo la promozione della salute, in tutti i suoi vari aspetti, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In Italia tutti i principali Enti istituzionali, quali il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Italiana del Farmaco e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, dedicano al riconoscimento scientifico dell'importanza del genere vari progetti di ricerca per cercare di giungere a una ottimizzazione delle cure in un'ottica di equità.

Gli studi condotti in ambito clinico e farmacologico sono sempre stati compiuti quasi esclusivamente sugli uomini, adattando poi i risultati alla donna, senza valutare che la biologia femminile può influenzare, talvolta in modo determinante, lo sviluppo e la progressione delle malattie.

E questo malgrado le donne vivano più a lungo degli uomini, si ammalano di più e consumano più farma-

ci. Nonostante la maggiore longevità, la donna ha più patologie e ha una salute percepita peggiore di quella dell'uomo: al di sopra dei 75 anni, una donna su tre presenta la sindrome della fragilità, una su due è affetta da almeno due malattie croniche.

Considerando la vulnerabilità della donna in peri e post-menopausa per malattie cardiovascolari, metaboliche, neurodegenerative e dello scheletro occorre sia sensibilizzare la popolazione femminile su questi aspetti sia diffondere nella comunità scientifica le armi conoscitive per assicurare a queste pazienti precocità di diagnosi e adeguata stratificazione del rischio, appropriatezza degli interventi terapeutici invasivi e farmacologici, maggiore accesso ai programmi di riabilitazione e, soprattutto, maggiore coinvolgimento nei trial clinici.

Nel quadro più generale delle politiche sanitarie è necessario continuare gli sforzi per la prevenzione delle patologie che più colpiscono la popolazione femminile e per la diffusione della conoscenza della Medicina di genere per garantire diagnosi e terapie adeguate alle donne. I nostri prossimi eventi vedranno la partecipazione di numerosi professionisti di alto profilo scientifico e culturale appartenenti a varie specialità mediche sia nell'ambito ospedaliero che del territorio che si confronteranno sulla profonda evoluzione che solo recentemente ha interessato la medicina tradizionale attraverso un approccio innovativo mirato a studiare l'impatto del "genere" sulla fisiologia, fisiopatologia e sulle caratteristiche cliniche delle malattie della donna.

Il nostro intento è quindi quello di favorire una cultura e una presa in carico della persona che tenga presente le differenze di genere, non solo sotto l'aspetto anatomico-fisiologico, ma anche dal punto di vista biologico-funzionale, psicologico, sociale e culturale.

02

CONTRIBUTI

Contracezione ormonale. Ecco le raccomandazioni sul loro utilizzo appropriato promosse dalla Fondazione Confalonieri Ragonese



“ L'obiettivo è quello di rendere disponibile uno strumento di lavoro che permettesse di agire con appropriatezza clinica rispetto alle più diverse esigenze anticoncezionali che si possono presentare nelle molteplici situazioni della vita della donna



EMILIO ARISI
Coordinatore del gruppo di lavoro

IN OCCASIONE del 94° Congresso Nazionale della Sigo vengono pubblicate le "Raccomandazioni sull'uso appropriato della contraccezione ormonale" promosse dalla Fondazione Confalonieri Ragonese, sulle quali ha lavorato per oltre un anno un gruppo di lavoro di ginecologi ospedalieri, universitari e territoriali. L'intento è stato quello di rendere disponibile uno strumento di lavoro che permettesse di agire con appropriatezza clinica rispetto alle più diverse esigenze anticoncezionali che si possono presentare nelle molteplici situazioni della vita della donna. Una prima parte è dedicata alla gestione complessiva della contraccezione ormonale. In essa vengono dapprima trattate tutte le opzioni contraccettive ormonali a disposizione, le varie vie e forme di somministrazione, incluse le caratteristiche dei singoli componenti estrogenici e progestinici, e vengono indicate le strategie per una corretta consulenza contraccettiva che ponga la donna al centro del processo decisionale condiviso.

La prescrizione dei contraccettivi ormonali deve tener conto anzitutto di una puntuale anamnesi personale e familiare e dei criteri medici di eleg-

gibilità dell'Oms, ma anche di una serie ulteriore di valutazioni che riguardano da un lato la utilità di un follow up con i suoi diversi tempi in relazione con i vari metodi, e dall'altro la prospettiva di una serie di benefici di tipo non contraccettivo, che pure vanno illustrati alla donna ed alla coppia, e che fanno talora trasformare l'esigenza contraccettiva in possibilità terapeutica. In particolare vanno sottolineati i benefici che riguardano la ormai ampiamente dimostrata riduzione dei tumori dell'utero e dell'ovaio, e le possibilità terapeutiche in caso di dismenorrea, sindrome peri mestruale, situazioni di iperandrogenismo, endometriosi. Non vengono trascurate le informazioni sulla contraccezione di emergenza, sui diversi farmaci utilizzabili e il loro meccanismo d'azione e sulla loro strategia di utilizzo, tali da mettere il medico, sia esso di medicina generale o specialista, nella condizione di affrontare al meglio e con tempestività la richiesta della donna. Ricordando che in assoluto non esistono giorni senza rischio di gravidanza non desiderata, essendo la ovulazione un fenomeno biologico piuttosto oscillante, e che ogni caso la tempestività nell'assunzione del farmaco è elemento fondamentale per il risultato.

Estremamente importante è la trattazione sull'utilizzo della contraccezione ormonale nei vari momenti della fisiologia della donna, dalla adolescenza alla premenopausa, dall'allattamento al seno alla contraccezione dopo una interruzione volontaria di gravidanza. Ognuno di questi momenti ha le sue specificità. Ma ancora più importante è la trattazione del possibile uso della con-

traccezione ormonale e delle eventuali controindicazioni in una serie di condizioni patologiche nelle quali è difficile orientarsi nel concedere, negare, o bloccare la contraccezione in corso d'uso. Vengono così trattate la cefalea e l'emicrania, con tutti i loro rischi, ed il possibile aiuto di alcuni metodi contraccettivi ormonali nelle situazioni di disabilità fisica e psichica. La trombofilia, il diabete, i distiroidismi, il complesso problema delle patologie autoimmuni, la sclerosi multipla, trovano un loro inquadramento ed una serie di indicazioni per l'utilizzo appropriato della contraccezione ormonale. Vengono ancora prese in considerazione l'obesità, le condizioni di ipertensione, le patologie gastrointestinali e quelle epatobiliari, ed infine il tumore della mammella e il rischio di tumore al seno e dell'ovaio in presenza di Brca1 e Brca2. Per muoversi in questi labirinti delle patologie è fondamentale possedere il filo di Arianna della esperienza clinica e della profonda conoscenza della letteratura.

Così come importante è il capitolo che tratta delle interazioni tra la contraccezione ormonale ed i farmaci. L'interazione è documentata per una serie di farmaci antitubercolari, antiepilettici, antibiotici, antivirali, ma vi sono segnalazioni di interferenze anche a livello di sostanze di origine vegetale, come l'iperico, l'agnocasto, il succo di pompelmo. Tra le interferenze viene anche ampiamente evidenziato il ruolo del fumo, che è in un qualche modo un interferente endocrino in quanto ha un effetto antiestrogenico, ma il cui uso va sconsigliato sempre per una serie di danni cardiovascolari e tumorali a livello di vari organi e sistemi.

Queste "Raccomandazioni" sono ovviamente indirizzate in prima istanza agli operatori che quotidianamente si cimentano nel consigliare la contraccezione alla donna, siano essi medici consultoriali, oppure medici specialisti attivi negli ospedali, nelle università, liberi professionisti o medici di medicina generale. Tutti ne avranno un grande giovamento pratico, ma ancora di più ne avranno giovamento le donne cui verrà consigliata una contraccezione sicura in modo mirato.

Saranno di grande giovamento anche a chi, dovendo gestire l'organizzazione sanitaria in ambito di salute riproduttiva, dovrà collocare queste "Raccomandazioni" tra gli strumenti da rendere disponibili ai professionisti della salute riproduttiva perché possano fare il loro lavoro al meglio delle possibilità.

L'utilizzo dei siti istituzionali della Fondazione Confalonieri Ragonese, e di quelli di Sigo, Aogoi ed Agui, nei quali le "Raccomandazioni" saranno disponibili, ne renderà più facile la acquisizione, la diffusione e l'utilizzo pratico quotidiano.

“ Sono passati cinque anni dall'ultima delle sentenze che hanno ridefinito il testo della legge 40 sulla Pma (Procreazione Medicalmente Assistita). In attesa che venga promulgata una nuova legge, vale la pena di fare il punto sulla situazione dell'accesso alla Pma, sul territorio nazionale

03

CONTRIBUTI

Pma in Italia: garantire l'accesso equo ed efficace



Mauro Costa

Direttore Ssd medicina della Riproduzione

Ospedale Evangelico Internazionale Genova



Cristofaro De Stefano

Direttore Ssd Fisiopatologia della Riproduzione

Aorn "San Giuseppe Moscati" Avellino

CI TROVIAMO DI FRONTE a una serie di pratiche terapeutiche applicate in Italia in forma disomogenea, sia per l'offerta, che per la copertura economica delle procedure. Questo appare ancora inaccettabile se si rammenta una delle più note sentenze della Corte Costituzionale, quella che ha rimosso il divieto alla Pma di tipo eterologo.

"Il divieto in esame cagiona, in definitiva, una lesione della libertà fondamentale della coppia destinataria della legge n. 40 del 2004 di formare una famiglia con dei figli, ...

La regolamentazione degli effetti della Pma di tipo eterologo praticata al di fuori del nostro Paese, .. pone, .. in evidenza un ulteriore elemento di irrazionalità della censurata disciplina.

Questa realizza, infatti, un ingiustificato, diverso trattamento delle coppie affette dalla più grave patologia, in base alla capacità economica delle stesse, che assurge intollerabilmente a requisito dell'esercizio di un diritto fondamentale, negato solo a quelle prive delle risorse finanziarie necessarie per potere fare ricorso a tale tecnica recandosi in altri Paesi.. "(CC 162/2014)

I motivi della non uniformità dell'accesso ai trattamenti risiedono nella mancata definizione dell'erogabilità da parte del Ssn della Pma e delle relative coperture economiche (Lea e Pma).

Nel Gennaio 2017 il decreto Lorenzin sui Lea ha provato a definire il numero di cicli erogabili e l'età limite per l'accesso alle cure. Come è noto esso è rimasto lettera morta fermo nel limbo delle intenzioni, per l'assenza di decreti attuativi e per la mancata tariffazione delle prestazioni di Pma che, peraltro, era stata ipotizzata a cifre molto lontane dal costo reale sopportato dalle strutture pubbliche. In assenza di una riorganizzazione unitaria nazionale, la modalità di erogazione della Pma nei centri pubblici è stata sostanzialmente lasciata alla iniziativa (politica ed economica) delle regioni. Alcune regioni hanno fatto loro si sono ispirate ai criteri del decreto Lea Lorenzin, cioè e supportano l'erogazione di sei cicli di Pma omologa fino ad un'età per la donna di 46 anni e di altrettanti cicli di eterologa ai propri abitanti, altre mantengono il limite di 43 anni e tre cicli di sola omologa, non essendo l'eterologa di fatto ancora nei Lea, altre non erogano prestazioni di donazione di gameti ma le rimborsano se eseguite in altre regioni, altre ancora, non autorizzano i residenti ad accedere alle prestazioni erogate da altre regioni. Anche l'entità del ticket varia considerevolmente da regione a regione. Tutto que-

sto genera un'intollerabile disomogeneità di accesso al trattamento soprattutto da parte dei cittadini delle regioni meno ricche. La maggior parte degli operatori ha evidenziato nelle sedi competenti che i limiti di età ed il numero dei cicli consentiti dal decreto del 2017 sono poco ragionevoli dal punto di vista del costo/efficacia. Esiste un ampio corpo di letteratura scientifica sugli aspetti economici della Pma. Nella Pma il tasso di successo è basso (attorno in media al 25%) ed è legato all'età della paziente. Inoltre spesso i tentativi sono ripetuti, quindi il costo si dovrebbe valutare per ogni bambino nato. La nascita di un bambino da una donna di 30 anni, costerebbe quindi circa 15.000 euro. A 45 anni il tasso di nati vivi è intorno all'1%; questo implicherebbe un insostenibile costo per il Ssn di circa 500.000 euro per ogni bambino nato.

A fronte di questo i centri pubblici di Pma, nella maggior parte delle regioni, si trovano oggi ad affrontare le richieste di una popolazione sempre più anziana caratterizzata da un'età riproduttiva sempre più avanzata. Queste coppie ripetono un numero considerevole di cicli, senza che possano essere offerte, per le citate difficoltà, adeguati programmi di donazione di gameti. In tal modo si allunga, spesso senza successo, il tempo speso per concepire da parte delle coppie, si ingolfano le liste di attesa e si finirà per destinare risorse a procedure con bassissima o nessuna efficacia. Il tutto con strutture ed organizzazione spesso deficitarie.

Oltre alle difficoltà di accesso ai trattamenti, la Pma nei Centri pubblici sconta ritardi nella definizione dell'organizzazione delle strutture e delle modalità di formazione e reclutamento del personale, soprattutto per quel che riguarda i Laboratori di Embriologia, con uno squilibrio tra domanda ed offerta a volte non colmabile per mancanza di laureati con i requisiti necessari. Nonostante il rilevante lavoro svolto in questi anni, concretizzatosi nella redazione del Piano nazionale della Fertilità, esso è restato purtroppo in gran parte disatteso.

Su questo aspetto occorre quanto prima, anche alla luce della normativa attuale in materia di accesso ai concorsi degli specializzandi, che siano messi a punto, in concerto con le Università e con la partecipazione delle Aziende Ospedaliere, adeguati programmi formativi per consentire ai giovani di acquisire conoscenze e competenze da spendere per accedere ai concorsi pubblici, arrestando la fuga dall'Italia e soprattutto dal Sud delle giovani generazioni. L'anomalia italiana più evidente continua ad essere la presenza di un grande numero di piccoli centri di Pma, con operatori non dedicati, in un contesto legislativo europeo che assimila i centri Pma ai centri trapianti, chiedendo loro oggi strutture, attrezzature ed organizzazioni complesse e costose. È necessario che, per i centri di Pma pubblici e privati, in analogia con quanto accade per i centri nascita, sia definita una soglia critica di volumi di attività e adeguate modalità organizzative, che consentano l'erogazione di prestazioni efficaci, nell'interesse degli utenti e degli operatori, che potranno finalmente vedere riconosciuto il valore della professionalità.

È tempo che il Ministero della Salute ridefinisca, in concerto con le Regioni, la situazione complessiva della Pma, anche alla luce delle allarmanti risultanze dei dati demografici del paese. Purtroppo, probabilmente, dietro la mancata tariffazione si cela la presa di coscienza della difficile sostenibilità economica di quanto ipotizzato nei Lea. Trascorsi ormai più di due anni dal decreto Lea, occorre ridefinire le risorse, concentrando sui casi in cui la Pma è più appropriata ed efficace, ed intervenendo sui requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali dei Centri pubblici di Medicina della Riproduzione, mettendoli in grado, nell'interesse dei cittadini, di competere ad armi pari, sul piano della qualità, con centri privati, spesso a capitale straniero, che stanno proliferando in Italia.



Perché è necessaria una cultura del perineo

“Le conseguenze traumatiche e le lesioni anatomiche del canale del parto causate dal passaggio del feto sono rimaste sostanzialmente irrisolte e il problema è da tempo in discussione soprattutto da quando l'alternativa al parto vaginale cioè il taglio cesareo è facilmente disponibile



Claudio Crescini
Vicesegretario nazionale Aogoi

“THE ACHIEVEMENT of a vaginal delivery at the expense of a woman's long-term fecal incontinence is not an obstetric success” JE Dickinson

Dalla metà del XX secolo ad oggi moltissimo è stato fatto in termini di prevenzione e trattamento per ridurre al minimo le conseguenze negative in termini di mortalità e morbilità che in passato avevano da sempre reso la gravidanza un evento estremamente pericoloso. Molte condizioni patologiche come la preeclampsia, il travaglio distocico, l'emorragia, la sepsi sono oggi efficacemente trattate soprattutto nei paesi ad alto reddito e la mortalità e la morbilità materno neonatale si sono ridotte a percentuali mai raggiunte fino ad ora.

Quello che ancora è rimasto sostanzialmente irrisolto sono le conseguenze traumatiche e le lesioni anatomiche del canale del parto causate dal passaggio del feto.

Il problema è da tempo in discussione soprattutto da quando l'alternativa al parto vaginale cioè il taglio cesareo è facilmente disponibile e viene ritenuto un intervento sicuro. Ci sono evidenze sufficienti per ritenere che i fattori ostetrici di rischio per un danno al nervo pudendo, al muscolo elevatore dell'ano, alla fascia endopelvica ed allo sfintere anale siano principalmente il parto operativo vaginale, l'eccessiva lunghezza del periodo espulsivo e la macrosomia fetale.

Non vi è invece accordo sulla valutazione di quanto il trauma ostetrico del parto vaginale possa influire a distanza di anni sulla patologia della sta-

tica pelvica perché ci sono numerosi fattori sia congeniti che acquisiti come l'obesità, l'età avanzata, e il numero di gravidanze e parti che influiscono su di essa. Probabilmente i metodi di prevenzione (massaggi, rilassamento, impacchi caldi, spinte espulsive contenute, rieducazione del perineo ecc.), l'utilizzo selettivo del parto operativo, le posizioni libere in periodo espulsivo ed il riconoscimento e trattamento appropriato delle lesioni perineali possono ridurre in modo significativo le conseguenze negative del trauma perineale da parto.

Numerosi studi hanno riportato che nel breve periodo incontinenza urinaria e/o fecale e prolasso sono più frequenti nelle donne che hanno partorito per via vaginale rispetto a quelle sottoposte a Tc, ma questa differenza tende a scomparire con il passare del tempo.

In ogni caso i dati disponibili fino ad oggi non hanno mai ritenuto giustificabile per la prevenzione dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale l'esecuzione del taglio cesareo e meno ancora è giustificabile attualmente considerando la mole di studi che hanno evidenziato, tra le altre cose, le conseguenze negative dello sviluppo del sistema immunitario e di alcuni aspetti metabolici per il nato da taglio cesareo, per non parlare delle problematiche materne tra le quali l'incremento delle anomalie di placentazione nelle successive gravidanze post Tc.

Il passaggio della testa fetale nel canale del parto coinvolge il muscolo elevatore dell'ano e nella fase espulsiva provoca un allungamento di circa tre volte delle fibre del muscolo puborettale che ha un ruolo fondamentale nel meccanismo della continenza.

Manovre di spinta verso il basso del fondo uterino per incrementare la forza propulsiva (manovra di Kristeller) aumentano il traumatismo sul complesso degli elevatori e possono determinare il distacco dal suo ancoraggio all'arco tendineo con aumentato rischio di prolasso genitale e cistocele. La lunghezza del periodo espulsivo è un

altro fattore considerato di rischio per la prolungata compressione a cui verrebbe sottoposto il nervo pudendo con conseguente parziale e transitoria denervazione. È ragionevole pensare che un periodo espulsivo lungo con spinte attive frequenti e prolungate possa provocare un danno al nervo pudendo maggiore rispetto ad un periodo espulsivo di uguale durata ma con spinte più distanziate e discesa lenta e progressiva della testa fetale. Dobbiamo anche ricordare che molti studi che correlano il danno perineale al parto vaginale sono stati condotti prevalentemente in ambiti ostetrici in cui l'intervento medico accelerativo o comunque non aderente ai tempi dettati dalla fisiologia era prassi corrente.

Se l'allungamento di un muscolo è tollerato fino al doppio della sua lunghezza prima della rottura, il muscolo puborettale subisce un allungamento di circa tre volte senza rompersi. È probabile che il processo di allungamento delle fibre muscolari dell'elevatore dell'ano durante la progressione della parte presentata e soprattutto del muscolo puborettale all'incoronamento della testa sia fisiologicamente previsto e tollerato se avviene in modo graduale e progressivo nel tempo in modo tale che i processi di adattamento si possano realizzare e i meccanismi di compenso e recupero possano funzionare.

Da qui ne deriva che la conoscenza dell'anatomia pelvica e della meccanica del parto si devono accompagnare al rispetto dei tempi fisiologici e all'astensione da interventi medici non necessari ma ingiustificatamente finalizzati solo ad accelerare il travaglio per ridurre la durata.

Infine non dobbiamo dimenticare che lo stato d'ansia e di paura per una situazione nuova ed ignota, gravata da grandi aspettative ma sostanzialmente sconosciuta nella sua realtà, sicuramente induce la produzione di catecolamine ed uno stato di eccitabilità e contrattura muscolare che non favoriscono il tranquillo evolversi del travaglio e del parto. Una eccessiva contrattura muscolare perineale si oppone alla progressione della parte presentata aumentando di conseguenza il dolore, vi è un maggior trauma sul perineo ed anche la testa fetale è sottoposta a maggior compressione. Quindi un'opera di informazione partecipativa per le gravide e la creazione di un ambiente sereno ed accogliente al momento del parto ne favoriscono in generale l'esito e riducono il trauma perineale e le sue conseguenze.

Se nonostante tutti gli interventi preventivi ed una gestione rispettosa della fisiologia si realizza comunque una lesione perineale il compito fondamentale del personale di assistenza consiste nel riconoscerla, valutarla e ripararla subito correttamente in modo indolore per prevenirne le conseguenze invalidanti.

Accompagnare una donna, soprattutto, e talvolta anche il suo compagno nel lungo cammino della gravidanza, nel più breve momento del parto e nel lunghissimo e più difficile percorso della crescita del bimbo è una attività molto complessa che richiede grande preparazione e soprattutto passione. Infatti si tratta da una parte di avere particolari doti umane di compassione, di partecipazione e di relazione con una persona che vive un'avventura specialissima da un punto di vista emotivo e che può segnare profondamente il futuro suo e del nuovo essere venuto al mondo, dall'altra di avere competenze scientifiche e mediche estremamente complesse, multidisciplinari ed in continuo aggiornamento.

Lavoro difficilissimo e di grande soddisfazione ma gravato talvolta da stress devastanti purtroppo non riconosciuto da chi ne ha la responsabilità amministrativa e che quindi mantiene il suo alto livello di qualità solo grazie alla dedizione ed allo spirito missionario di chi lo svolge.

05

CONTRIBUTI

Vbac: una scelta consapevole

“ Il Vbac (Vaginal Birth After Cesarean) rappresenta un vero e proprio problema di sanità pubblica che coinvolge circa 50.000 donne all'anno



Luigi Alio
Direttore
Unità
Operativa
Complessa
Arnas Civico
Palermo

ANNI DI TAGLI CESAREI INDISCRIMINATI hanno prodotto patologie gravi come l'accrescimento placentare o la *scar pregnancy*. L'Italia detiene il tasso più alto di tagli cesarei in Europa e ciò comporta un costo per la Sanità pubblica che supera i 150 milioni di euro l'anno. Le regioni del Sud Italia sono quelle con il tasso maggiore di tagli cesarei, in alcuni casi con percentuali anche doppie o triple rispetto a regioni virtuose come il Trentino Alto Adige. Bisogna comunque riconoscere che anche al sud esistono realtà che, da qualche anno, stanno cercando di invertire la tendenza.

L'Arnas Civico di Palermo ormai da 10 anni ha formalizzato un percorso di assistenza per le donne che desiderano partorire spontaneamente dopo un taglio cesareo, incentivando la scelta del Vbac attraverso un ambulatorio dedicato ed una informazione continua.

Gli obiettivi a cui si punta sono: ridurre i tagli cesarei cosiddetti "primari" ed implementare i Tolac. Per raggiungere tali obiettivi si deve puntare sulla formazione del personale e sulla informazione alle mamme.

Imprescindibile è la crescita culturale dovuta ad un fatto comunicazionale. Si stanno cercando di coinvolgere i social network e le testate giornalistiche affinché siano di supporto all'atavico retaggio "primo cesareo, sempre cesareo" che purtroppo è radicato nella cultura ostetrica delle nostre regioni. Allo stesso modo, la creazione dei "gruppi" sui social network che vengono a sostituire egregiamente e con maggiore risonanza il passaparola, fanno sì che tale messaggio diventi "virale" nell'immaginario di tutte le gravide sottoposte ad un precedente cesareo.

Tutto questo ha fatto sì che, dopo 10 anni di esperienza, si è passati dall'assoluto stupore per un invito al parto spontaneo dopo un precedente cesareo, spesso corredato da dinieghi se non da minacce, ad una accondiscendenza e ad una crescente richiesta di Vbac. È importante ricordare che tutte le donne precesarizzate, le quali vengono preparate per l'intervento chirurgico, qualora

decidano ab initio di voler essere nuovamente sottoposte a taglio cesareo, devono firmare una liberatoria. Ciò accade poiché viene loro ampiamente spiegato che i rischi di mortalità e morbilità materna sono anche più elevati rispetto ad un Tolac che, nella maggior parte dei casi, esita in un felice parto spontaneo.

Le donne hanno quindi la possibilità di scegliere, in sicurezza e con il supporto continuativo di un personale ostetrico, anestesilogico e neonatologico di alto profilo formativo, il percorso nascita e la modalità di parto a loro più congeniale. I corsi di preparazione al parto magnificano questo percorso ed incentivano le donne precesarizzate al parto spontaneo.

Tutto ciò ha permesso di raggiungere e mantenere nel tempo una percentuale di successo del Vbac del 10% circa. Tale percentuale risulta sovrapponibile a quella di centri di ostetricia come Monza o Brescia, che da sempre guidano la leadership del Vbac in Italia. Tutto con risparmio economico, di degenza delle donne in ospedale, con un tasso di complicanze in linea con i dati di letteratura e con una maggiore soddisfazione delle donne all'evento nascita.

Questa ultradecennale esperienza, ha permesso alla Nostra unità operativa di essere riconosciuta come centro di riferimento per il Vbac in Sicilia e di entrare a far parte del tavolo di lavoro costituito per la stesura delle prossime raccomandazioni nazionali sul Vbac, che saranno edite nel 2020.

Una corretta selezione delle pz ed un percorso dedicato permettono di garantire alle donne una scelta consapevole di un parto spontaneo dopo taglio cesareo in piena sicurezza. L'umanizzazione del percorso nascita e la crescita culturale portano le donne a richiedere sempre più spesso l'opportunità di un Vbac. La donna ritorna protagonista del percorso nascita e partecipa attivamente all'evento parto, abbandonando il ruolo di spettatrice passiva di un percorso chirurgico.

06

CONTRIBUTI

Chirurgia di stadiazione e delle recidive nel carcinoma dell'endometrio

La chirurgia è ancor oggi il protagonista nel trattamento del carcinoma dell'endometrio, sia nelle forme primarie, che nel trattamento delle recidive



Enrico Vizza
Direttore
Uoc di
Ginecologia
Oncologica,
Istituto
Nazionale
Tumori
"Regina
Elena", IFO

IL TREND ATTUALE nella chirurgia di stadiazione è quello di ridurre quanto più possibile l'invasività, senza alterare l'outcome oncologico del paziente. Pertanto la chirurgia laparoscopica e robotica rappresentano il gold standard nel trattamento del carcinoma dell'endometrio. Anche se l'isterectomia cosiddetta "semplice" è l'intervento più eseguito per questo tumore, spesso a non essere semplice è il paziente; un gran numero di pazienti affette da carcinoma dell'endometrio ha, infatti, numerose comorbilità, prima fra tutte un elevato BMI, che ostacola il lavoro del chirurgo e rende la pelvi un ambiente angusto su cui lavorare. È qui che la chirurgia robotica giunge in aiuto dell'operatore, rendendo più agevole il gesto chirurgico. Le indicazioni alla linfadenectomia sistematica nella chirurgia primaria si stanno riducendo sempre di più, riservando questo tempo chirurgico alle pazienti con evidenza di malattia linfonodale alle indagini preoperatorie o a quelle con carcinomi a istologia non usuale, particolarmente aggressiva. Il linfonodo sentinella sta rimpiazzando gli interventi radicali e sta dimostrando una sensibilità nell'identificazione di metastasi linfonodali equivalente, se non superiore, a quella della linfadenectomia sistematica, soprattutto grazie all'impiego dell'ultrastaging patologico. La tecnica di asportazione del linfonodo sentinella trova nella chirurgia laparoscopica e nella robotica il campo d'applicazione ideale, grazie alla magnificazione delle immagini e all'utilizzo dei nuovi traccianti fluorescenti. Le evidenze scientifiche presenti in letteratura ci permettono oggi di trattare in maniera conservativa le pazienti giovani con tumori dell'endometrio a basso rischio che intendono preservare la loro fertilità. In questi casi il ruolo del ginecologo oncologo con esperienza in oncofertilità è indispensabile per un counseling esaustivo con la paziente.

Dopo la chirurgia, la sopravvivenza media delle pazienti ai primi stadi è molto alta, il tasso di recidive è intorno al 15%. Le recidive sono perlopiù locoregionali, ovvero situate sulla cupola vaginale o a carico della parete pelvica. In caso di recidiva unica la chirurgia offre notevoli opportunità terapeutiche alla paziente, mentre in caso di carcinosi peritoneale o in presenza di metastasi a distanza, deve essere avviata a trattamenti sistemici.

Anche nel trattamento della recidiva operabile le tecniche mininvasive rendono il trattamento molto più accettabile per la paziente. La chirurgia robotica offre, infatti, la possibilità di un trattamento radicale con maggior precisione chirurgica e tempi di recupero più veloci. Spesso nella chirurgia delle recidive può esserci il coinvolgimento degli organi vicini (vescica, retto, ureteri, intestino) o dei vasi, in questi casi è essenziale un adeguato studio preoperatorio della paziente e la programmazione dell'intervento chirurgico coinvolgendo altri specialisti come l'urologo e il chirurgo generale, in modo da creare un team multidisciplinare per offrire alla paziente il miglior trattamento possibile.

I vaccini antiinfluenzali sono a base di virus inattivati e frammentati quindi hanno un buon livello di sicurezza. Decine di milioni di italiani l'hanno ricevuto negli ultimi 40 anni e ricerche approfondite sono a sostegno della loro sicurezza, anche in gravidanza



L'influenza stagionale e la vaccinazione in gravidanza



Maurizio Silvestri
Ostetrico
Ginecologo
USL Umbria 2
Direttivo
Aogoi

L'INFLUENZA STAGIONALE è un problema di sanità pubblica per il suo impatto sociale, epidemiologico, clinico ed economico. Ubiquitaria e molto contagiosa è in grado di determinare severe complicanze in alcuni soggetti, tra i quali neonati e donne in gravidanza.

La sperimentiamo più volte nel corso della nostra esistenza indipendentemente dallo stile di vita, dall'età e dal luogo in cui viviamo.

Ippocrate, circa 2500 anni fa, ne descrisse per la prima volta i sintomi. Il nome influenza deriva dalla vecchia concezione astrologica, secondo la quale la malattia fosse causata dall'influenza degli astri. Successivamente si pensò originasse dalla diffusione nell'aria delle particelle velenose provenienti dai cosiddetti *miasmi*, esalazioni malsane originate da acque stagnanti, da escrementi o da altro materiale di scarto riversato nelle strade. Solo nella 1600, soprattutto a seguito delle ricerche di Francesco Redi e Lazzaro Spallanzani, si poté affermare *Omnia vivum ex ovo*, quindi che le forme viventi prendono vita da altre forme viventi. Venne così demolita la teoria della generazione spontanea ed iniziò la ricerca all'agente eziologico dell'influenza e delle altre malattie infettive.

Nel 1933 in Inghilterra venne isolato il virus influenzale; un virus a Rna della famiglia degli Orthomyxoviridae. **Oggi ne conosciamo quattro tipi: tipo A e B**, responsabili della sindrome influenzale classica; **tipo C**, di scarsa rilevanza clinica (generalmente asintomatico); il **tipo D**, la cui possibilità di infettare l'uomo non è ancora chiara. **I virus tipo A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi** sulla base delle differenze molecolari di due glicoproteine di superficie. Tali glicoproteine hanno marcata tendenza a presentare variazioni antigeniche; ciò permette al virus di eludere la risposta immunitaria specifica dell'ospite ottenuta da precedenti infezioni o vaccinazioni ed è una delle cause della rapida diffusione della malattia in forma epidemica.

L'attività patogena dei virus inizia durante l'autunno raggiungendo il picco nei mesi invernali per ridursi poi in primavera e in estate. Nella scorsa stagione sono stati stimati 4.780.000 casi di sindrome influenzale in Italia.

Il virus si trasmette prevalentemente per via ae-

rea, soprattutto in ambienti affollati e chiusi, attraverso le goccioline di saliva (goccioline di Flugge) che vengono prodotte tossendo, starnutendo o semplicemente parlando.

Le secrezioni respiratorie di persone infettanti possono contaminare le mani oppure gli oggetti che a loro volta diventano fonte di trasmissione. Dopo un'incubazione di 1-2 giorni, durante la quale il soggetto è già contagioso, compaiono i sintomi generali e respiratori che persistono per 3-4 giorni; a volte prolungandosi finanche una/due settimane.

La febbre è improvvisa ed alta (superiore ai 38°C), accompagnata da brividi, dolori ossei e muscolari, mal di testa, grave malessere generale, astenia, mialgia, mal di gola, raffreddore, tosse non catarrale e congiuntivite.

A volte compare fotofobia, inappetenza e altri sintomi a carico del tratto gastrointestinale.

I sintomi clinici e la stagionalità permettono la diagnosi di presunzione, quella di certezza possiamo averla solo con l'isolamento del virus influenzale; questo di solito avviene nell'ambito di studi scientifici.

Si guarisce senza importanti cure mediche e raramente ci sono complicazioni nei soggetti sani. Gravi, a volte letali, quelle che avvengono in soggetti a rischio fra cui donne in gravidanza e neonati.

La complicanza più comune è la sovrapposizione batterica e virale che interessa l'apparato respiratorio (con bronchite o polmonite). Più rare sono quelle a carico dell'apparato cardiovascolare e del sistema nervoso.

In gravidanza si hanno modifiche dell'organismo; quelle a carico dell'apparato cardiovascolare (aumento della frequenza cardiaca, diminuzione della gittata sistolica) e respiratorio (riduzione della capacità polmonare residua) predispongono a complicanze la gestante quando ella contrae la sindrome influenzale. Soprattutto la polmonite, se non adeguatamente trattata, può avere prognosi persino infausta. Fenomeni di adattamento del sistema immunitario e dell'assetto ormonale sono causa della maggiore vulnerabilità ad alcune malattie infettive durante la gestazione.

Anche il neonato è molto vulnerabile con complicanze che includono: tonsillite, otite, sinusite, convulsioni (nel neonato con febbre alta), meningite, encefalite.

L'influenza non dà seguito ad elevata viremia nella gestante quindi a trasmissione transplacentare. Le complicanze fetali dipendono soprattutto dalla severità dell'infezione materna (polmonite). **Rari e non ancora spiegabili sotto il profilo fisiopatologico, sono gli eventi acuti quali aborto e morte in utero.** È descritto un lieve aumento del rischio di difetti tubo neurale, labio-

Barriere "culturali" alla vaccinazione:

- mancanza di conoscenza dei rischi di malattia
- efficacia vaccinazioni
- sicurezza vaccini per gestante, feto e neonato

La vaccinazione in gravidanza sarà percepita come prioritaria se raccomandata in maniera convinta e sicura dal ginecologo e dall'ostetrica.

Questi saranno convincenti se consapevoli delle raccomandazioni e se avranno garanzie anche legali che la vaccinazione è sicura.





L'influenza stagionale aumenta il rischio di ospedalizzazione materna, prematurità, parto cesareo, distress fetale, basso peso del nascituro e interruzione di gravidanza. Nei neonati sotto ai 6 mesi aumenta il rischio di malattia severa e complicanze. La vaccinazione della gestante protegge anche il neonato che al di sotto dei 6 mesi di vita ancora non può essere vaccinato

Importante il dialogo con la gestante

durante il quale è consigliabile impiegare opuscoli informativi disponibili sui siti delle Società scientifiche o di Enti autorevoli (come il Center for Disease Control and Prevention statunitense, Public Health England, Ministero della Salute ecc.) e il Riassunto delle caratteristiche del prodotto dei vaccini dati dove sono contenute informazioni e autorizzati a livello europeo dell'European Medicine Agency. Utile inoltre inserire un memo nella cartella della gravida per verificare l'adesione.

Co-somministrazione.

È possibile somministrare il vaccino dTpa e il vaccino anti-influenzale contemporaneamente alle immunoglobuline specifiche anti-D.

PER APPROFONDIRE

Vaccinazioni in gravidanza: proteggila per proteggerli.

Documento congiunto redatto dal gruppo di lavoro Sigo, Simp, Aogoi, Agui, Siti, Sin, Fnopo, Rete Interaziendale Milano Materna Infantile (RIMMI), Vivere Onlus, Cittadinanzattiva;

palatoschisi e cardiopatie, nei neonati le cui mamme hanno contratto l'influenza in gravidanza. Nei lavori pubblicati ci sono fattori di confondimento data la bassa qualità e la grande eterogeneità degli studi. Descritti, ma con bassa incidenza, parto pretermine (spontaneo o iatrogeno) e riduzione di crescita fetale.

Quando la gestante contrae la sindrome influenzale il miglior rimedio è il riposo a casa astenendosi dal lavoro fino alla guarigione. Questa di solito avviene in circa una settimana. Si consiglia di bere molta acqua per evitare la disidratazione e assumere paracetamolo quando la temperatura è elevata.

L'utilizzo di farmaci antivirali non è particolarmente maneggevole, soprattutto in gravidanza.

IL VACCINO ANTIINFLUENZALE

La vaccinazione permette di prevenire l'influenza. Nel caso dovesse essere contratta nonostante questa misura preventiva i suoi sintomi saranno meno gravi e, generalmente, non si avranno complicanze. Inoltre, rappresenta un'importante misura di sanità pubblica contribuendo ad interrompere la catena epidemiologica dell'infezione riducendo la circolazione del virus.

È un'opportuna di protezione per tutta la popolazione che non abbia specifiche controindicazioni.

Fortemente raccomandata ed effettuata gratuitamente dal medico curante o dal medico del centro vaccinale della Asl, **alle donne al secondo e terzo trimestre di gravidanza**. Nel primo trimestre, in assenza di condizioni mediche predisponenti che rendano imperativa la vaccinazione antinfluenzale, questa deve essere subordinata ad una attenta valutazione del rapporto rischio beneficio.

La vaccinazione della gestante protegge anche il neonato che non potrà essere vaccinato prima dell'età di sei mesi. Alla nascita provvederanno alla sua protezione gli anticorpi specifici che avranno attraversato la placenta e, successivamente i lattanti allattati al seno, continueranno ad essere protetti dagli anticorpi forniti con il latte materno.

Il periodo più indicato per vaccinarsi va da metà ottobre a fine dicembre. L'immunità, che inizia circa due settimane dopo la somministrazione, declina nell'arco di 6-8 mesi

Per questo motivo, ma anche perché i virus influenzali possono variare il loro corredo antigenico ogni anno, è bene vaccinarsi ad ogni inizio di stagione influenzale.

La vaccinazione antiinfluenzale è raccomandata a medici e personale sanitario di assistenza che nell'ambito della loro attività possono trasmettere il virus ad assistiti ad alto rischio di complicanze. **Quindi è raccomandata ai ginecologi!**

Come raccomandato dalle circolari del ministero della salute 07-08-2018 e 21-11-2018 (vaccinazioni raccomandate per le donne in età fertile e in gravidanza): "Nel corso di ogni gravidanza e per ogni successiva gestazione sono raccomandate le vaccinazioni anti-dTpa e anti-influenza (se la gestazione si verifica nel corso di una stagione influenzale)".

"La vaccinazione anti-influenzale è raccomandata e offerta gratuitamente alle donne che all'inizio e nel corso della stagione epidemica dell'influenza si trovino nel secondo o terzo trimestre di gravidanza."

I vaccini antiinfluenzali sono a base di virus inattivati e frammentati, quindi non comporteranno i rischi connessi con vaccini a base di virus viventi attenuati. Hanno un buon livello di sicurezza; decine di milioni di italiani l'hanno ricevuto negli ultimi 40 anni e ricerche approfondite sono a sostegno della loro sicurezza, anche in gravidanza.



Influenza, come prevenirla

Per prevenire il contagio dell'influenza è raccomandato seguire le seguenti precauzioni generali:

EVITARE luoghi affollati e manifestazioni di massa

LAVARE regolarmente e frequentemente le mani con acqua e sapone; in alternativa possono essere usate soluzioni detergenti a base di alcol o salviettine disinfettanti

EVITARE di portare le mani non pulite a contatto con occhi, naso e bocca

COPRIRE la bocca e il naso con un fazzoletto di carta quando si tossisce e starnutisce e gettare il fazzoletto usato nella spazzatura

RIMANERE a casa se malati, evitando di intraprendere viaggi e di recarvi al lavoro o a scuola, in modo da limitare contatti possibilmente infettanti con altre persone, nonché ridurre il rischio di complicazioni e infezioni concomitanti (superinfezioni) da parte di altri batteri o virus.

Aerare regolarmente le stanze dove si soggiorna.

Alcuni alimenti infine offrono protezione dal virus. Aglio e cipolla possiedono proprietà antisettiche ed espettoranti. Il miele favorisce la fluidificazione del catarro, calma la tosse e migliora lo stato delle mucose della laringe e della faringe in caso di raucedine. Nel brodo di pollo vi sono sostanze che rinforzano il sistema immunitario e, consumato caldo, ha effetto fluidificante. L'assunzione costante di frutta e verdura contribuiscono a migliorare l'efficienza delle difese dell'organismo.

Infine, respirare i vapori caldi contenenti essenze balsamiche è un rimedio per la tosse produttiva e il raffreddore.

Controindicazioni alla somministrazione del vaccino antinfluenzale

Il vaccino antinfluenzale non deve essere somministrato a:

LATTANTI al di sotto dei sei mesi (per mancanza di studi clinici controllati che dimostrino l'innocuità del vaccino in tali fasce d'età). La vaccinazione della mamma e degli altri familiari è una possibile alternativa per proteggerli in maniera indiretta.

SOGGETTI che abbiano manifestato reazioni di tipo anafilattico ad una precedente vaccinazione o ad uno dei componenti del vaccino.

Una malattia acuta di media o grave entità, con o senza febbre, costituisce una controindicazione temporanea alla vaccinazione, che va rimandata a guarigione avvenuta.

Un'anamnesi positiva per sindrome di Guillain-Barré insorta entro 6 settimane dalla somministrazione di una precedente dose di vaccino antinfluenzale costituisce controindicazione alla vaccinazione. Una sindrome di Guillain Barré non correlata a vaccinazione antinfluenzale e insorta da più di un anno è motivo di precauzione; sebbene i dati disponibili siano limitati, i vantaggi della vaccinazione antinfluenzale giustificano la somministrazione del vaccino annuale nei soggetti ad alto rischio di complicanze gravi dalla malattia (Da "Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni" NIV-ISS-Ministero della Salute).

False controindicazioni

- Allergia alle proteine dell'uovo, con manifestazioni non anafilattiche

- Malattie acute di lieve entità

- Allattamento

- Infezione da HIV e altre immunodeficienze congenite o acquisite. La condizione di immunodepressione non costituisce una controindicazione alla somministrazione della vaccinazione antinfluenzale.

La somministrazione del vaccino potrebbe non evocare una adeguata risposta immune. Una seconda dose di vaccino non migliora la risposta anticorpale in modo sostanziale.



La nutrizione nel percorso gravidanza

“ Dalla definizione ormai pluridecennale del ruolo dell'acido folico nella riduzione del rischio dei difetti del tubo neurale ad altre malformazioni fetali, la ricerca ha ben definito come la nutrizione sia essenziale per migliorare la fertilità, promuovere la capacità della madre di condurre la gravidanza e l'allattamento



Fabio Parazzini
ginecologo

L'ACIDO FOLICO riduce il rischio di difetti del tubo neurale ed altre malformazioni fetali. Per le donne in età riproduttiva, 400g/giorno sono raccomandati come integratori o attraverso alimenti fortificati (al proposito va ricordato che in Italia i cibi non sono fortificati). Inoltre, vi sono sempre più prove che i livelli periferici di acido folico sono positivamente relati con il successo della tecnologia riproduttiva assistita (Art) e probabilmente con la probabilità di concepimento spontaneo. Inoltre adeguati livelli di acido folico sono associati ad un minor rischio di aborto spontaneo.

LA VITAMINA B 12 è presente nei prodotti animali, quindi è spesso difficile per vegetariani e vegani mantenere adeguati livelli. Livelli serici più elevati di folato e vitamina B12 prima delle procedure Art sono stati associate a maggiori esiti positivi delle stesse. Inoltre la supplementazione con vit B12 nel periodo preconcezionale è stata associata - come per l'acido folico - ad un rischio ridotto di anomalie fetali.

In gravidanza sono necessari maggiori livelli di ferro. Le principali fonti di ferro si trovano in carne, fegato, noci, fagioli, verdura a foglie verdi scure. Nella donna fertile il sanguinamento mestruale è causa di perdita di ferro. La carenza di ferro è

abbastanza frequente ed è spesso associato ad altre carenze nutrizionali. La sideropenia rimane la principale causa di anemia.

Una recensione di Cochrane ha mostrato che la supplementazione con ferro orale quotidiano nelle donne in gravidanza riduce in modo significativo il rischio di basso peso alla nascita, e anemia materna da carenza di ferro.

Lo **iodio** è essenziale per lo sviluppo del cervello normale. Una carenza di iodio moderata o grave è associato ad un ritardo dello sviluppo nei bambini. Ad esempio, in uno studio longitudinale condotto nel Regno Unito, i bambini erano con maggiore probabilità nel più basso quartile del QI verbale, se le loro madri avevano una carenza di iodio nella gravidanza, rispetto ai bambini di madri con livelli normali di iodio.

Il **calcio** si trova nei latticini, pesce in scatola, tofu e fagioli. Una supplementazione con calcio o l'assunzione di alimenti fortificati con calcio prima o precocemente in gravidanza e continuata almeno fino a metà gravidanza ha dimostrato prevenire la pre-eclampsia ed altri disturbi ipertensivi. Inoltre la supplementazione con calcio nella seconda metà della gravidanza è raccomandata dalla Organizzazione Mondiale della Salute (Oms) per le donne con dieta a basso contenuto



Paola Agnese Mauri
ostetrica
Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Università di Milano

di calcio. Studi sugli animali hanno dimostrato che i topi con carenza di vitamina D sono sterili e mostrano ipoplasia uterina e l'assenza di corpo luteo. Nell'uomo, è stato dimostrato che il recettore per la Vitamina D (Vdr) è espresso nell'ovario, endometrio e miometrio e che carenza di vitamina D favorisce lo sviluppo di fibromi ed endometriosi. Sebbene il ruolo della carenza di vitamina D sulla fertilità naturale umana sia stato poco studiato, sono disponibili diversi dati osservazionali provenienti da cicli di fecondazione in vitro. Secondo una recente meta-analisi, la carenza di vitamina D è stata associata a diminuzione delle probabilità di un parto di neonato vivo dopo una fecondazione in vitro. La carenza di vitamina D è abbastanza comune nel mondo occidentale. In uno studio condotto a Milano, la percentuale di donne che dovevano sottoporsi a procedure per la fecondazione in vitro con livelli ottimali di siero di vitamina D era inferiore al 10% in inverno e al di sotto 50% in estate.

UN TEMA DI GRANDE INTERESSE È INOLTRE IL RUOLO DEGLI ANTIOSSIDANTI.

I livelli di vitamine come la vitamina A e la vitamina E o lo zinco possono influenzare la gravidanza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) raccomanda la supplementazione con vitamina A durante la gravidanza in aree in cui vi è endemica carenza di vitamina A. Infatti una carenza di Vitamina A è associata ad un maggior rischio di mortalità e morbilità neonatale e di anemia e xerophthalmia.

Il rischio in gravidanza di complicanze che coinvolgono lo stress ossidativo, come la pre-eclampsia, potrebbe essere potenzialmente ridotto dalla supplementazione con antiossidanti. Inoltre lo stress ossidativo ha effetti negativi significativi sull'ovocita e l'embrione, così come sull'impianto. Recentemente, la supplementazione con antiossidanti ha mostrato di migliorare i tassi di successo nelle donne sottoposte ad Art.

Una volta iniziata la gravidanza, vi è un incremento della domanda di energia. I Larn (Livelli di assunzione di energia) per la popolazione italiana suggeriscono requisiti aggiuntivi di 69 kcal/giorno per il primo trimestre, 266 kcal/giorno per il secondo e terzo trimestre 496 kcal/giorno gravidanza (per un totale complessivo di 76.530 kcal). Questi valori sono molto simili a quelli stabiliti dall'Efsa (Autorità europea per la sicurezza alimentare): 70 kcal/giorno nel primo trimestre, 260 e 500 kcal/giorno nel secondo e terzo trimestre, rispettivamente.

Dal punto di vista nutrizionale in gravidanza si raccomanda di mantenere un'assunzione adeguata di proteine. Si può facilmente rispondere al bisogno mangiando carne magra, uova, latticini, cereali e legumi. Un aumento dell'assunzione di proteine è necessaria soprattutto durante il secondo e il terzo trimestre. Negli ultimi tre mesi le esigenze aumentano in modo significativo e 21 grammi/die sono necessari per i tessuti materni, placenta e crescita fetale.

Durante la gravidanza gli n-3 acidi grassi polinsaturi (Lc-Pufa) svolgono un ruolo fondamentale. Alcuni studi hanno suggerito come una integrazione con Lc-Pufa, in particolare Dha, possa ridurre il rischio di parto pretermine.

Anche durante l'allattamento, così come durante gravidanza, vi è un aumento del fabbisogno di energia materna.

Il fabbisogno energetico aggiuntivo per donne che allattano è legato alla quantità di latte prodotto: una madre che allatta generalmente fornisce al bambino 500-600 ml di latte al giorno, che può aumentare fino a 850ml.

Per garantire un'adeguata produzione di latte, le madri che allattano hanno bisogno in media di

aumentare la loro l'assunzione di calorie di 250-500 kcal al giorno.

Nel corso dell'allattamento è utile continuare la assunzione/supplementazione con ferro (in assenza di mestruazioni, le donne dovrebbero assumere 11mg /giorno per arrivare a 18mg/giorno dalla comparsa del capoparto), iodio (l'assunzione raccomandata durante l'allattamento -è di 200 g al giorno) calcio (un'assunzione giornaliera di circa 1000mg), vitamina D (in situazioni di maggiore necessità è necessaria un'assunzione di 15 g al giorno (600U/giorno), folati. Dha (i requisiti di Dha aumentano a 100 - 200mg per giorno durante la gravidanza e l'allattamento), a supporto di una alimentazione bilanciata e di una buona idratazione che abolisca gli alcolici.

LA NECESSITÀ DI SUPPLEMENTAZIONE.

Si è sempre pensato che la popolazione italiana sia caratterizzata da un elevato consumo di frutta e verdura, e, di conseguenza, da un adeguato assorbimento di vitamine e di altri micronutrienti, ma questo non è vero.

Ad esempio, in uno studio condotto a Milano sulle donne osservate in una clinica per l'infertilità, solo il 69% e il 44% delle donne hanno mostrato adeguati livelli di omocisteina e vitamina B12, rispettivamente. Con riferimento al folato del siero solo una minoranza (12%) aveva una concentrazione di folato eritrocitario ottimale per la prevenzione dei difetti del tubo neurale fetale.

Allo stesso modo, uno studio condotto su un gruppo di donatori di sangue italiani ha mostrato che, tra le donne principalmente di età fertile che non usava integratori, solo 30%, 23%, 25% e 15% aveva adeguati livelli di folato del siero, folato RBC, omocisteina e vitamina B12, rispettivamente. Tutti questi dati hanno sottolineato il ruolo della supplementazione nelle donne che stanno progettando una gravidanza.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Bath SC, Steer CD, Golding J, et al. **Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC).** Lancet 2013;382:331-7

De-Regil LM, Pena-Rosas JP, Fernandez-Gaxiola AC, et al. **Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects.** Cochrane Database Syst Rev. 2015;12:CD007950

Hofmeyr GJ, Manyame S. **Calcium supplementation commencing before or early in pregnancy, or food fortification with calcium, for preventing hypertensive disorders of pregnancy.** Cochrane Database Syst Rev. 2017 Sep 26;9:CD01192

La Vecchia I, Paffoni A, Castiglioni M et al. **Folate, homocysteine and selected vitamins and minerals status in infertile women.** Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017 Feb;22(1):70-75

Paffoni A, Castiglioni M, Ferrari S et al. **Homocysteine pathway and in vitro fertilization outcome.** Reprod Toxicol. 2017;76:12-16

Pena-Rosas JP, De-Regil LM, Dowswell T, et al. **Daily oral iron supplementation during pregnancy.** Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD004736

Ruder EH, Hartman TJ, Blumberg J, et al. **Oxidative stress and antioxidants: exposure and impact on female fertility.** Hum Reprod Update. 2008;14:345-357

Wise LA, Wesselink AK, Mikkelsen EM, et al. **Dairy intake and fecundability in 2 preconception cohort studies.** Am J Clin Nutr. 2017;105:100-110

World Health Organization. **Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005.** Geneva: WHO; 2009

Zappacosta B, Persichilli S, Iacoviello L, Di Castelnuovo A, Graziano M, Gervasoni J, Leoncini E, Cimino G, Mastroiaco P. **Folate, vitamin B12 and homocysteine status in an Italian blood donor population.** Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2013 May;23(5):473-80

Zhao J, Huang X, Xu B, Yan Y, Zhang Q, Li Y. **Whether vitamin D was associated with clinical outcome after IVF/ICSI: a systematic review and metaanalysis.** Reprod Biol Endocrinol. 2018 Feb 9;16(1):13.



09

CONTRIBUTI

Sanità di svolta



SIAMO ALL'INIZIO di un nuovo scenario politico con alleanze diverse che sembrano dare una situazione di maggiore stabilità



Vito Tojano
Vice Presidente Sigo
Past President Aogoi

NON È PIÙ TEMPO in Sanità di poterci permettere ulteriori ritardi su una marcia di programma che, avviata molto bene negli scorsi anni, avrebbe dovuto portarci a risultati abbastanza soddisfacenti nella qualità dei servizi e nel rapporto medico paziente e che invece si è arenata.

La legge 24/2017, meglio nota come legge 'Gelli', la revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete Oncologica, che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, il Piano d'azione per la salute sessuale e riproduttiva, la legge sui punti nascita, le linee di indirizzo per le complicanze legate alla gravidanza al parto e al puerperio nonché il progetto "Studio nazionale fertilità" sono solo alcune delle tante iniziative che le nostre Società scientifiche del mondo della ginecologia - Aogoi, Sigo, Agui e Agite - hanno contribuito a portare a termine in questi ultimi anni con il qualificato e professionale impegno di tutti.

Certamente siamo orgogliosi del lavoro svolto in questi anni e degli obiettivi raggiunti, purtroppo però alcune delle riforme innovative messe in campo non sono ancora attuabili per la mancanza di quegli ultimi importanti passaggi che potranno renderle operative, come nel caso degli ultimi decreti attuativi della legge Gelli. Noi tutti riponiamo una grande fiducia nel nuovo ministro della sanità, l'onorevole Roberto Speranza, un giovane con un curriculum di tutto rispetto, con l'auspicio che si possa riprendere i lavori insieme: noi "tecnici" e quella buona politica indirizzata a difendere e promuovere quel prezioso bene Salute del nostro Paese. Ci attendono ancora nuove problematiche da affrontare e nuove frontiere da raggiungere: la sanità di anticipo con la prevenzione nelle scuole; la tecnologia intelligente con le opportunità offerte dalla sanità digitale e dalla Telemedicina, come realtà integrative e non sostitutive della professionalità degli operatori sanitari; la rivalutazione del privato e privato accreditato come sistema integrativo del pubblico anche nei servizi territoriali; la salute delle fragilità come le buone pratiche per le fasce più deboli dei cittadini: bambini, disabili e malati rari. Ma anche le donne in gravidanza, con particolare attenzione agli aspetti morali, etici e sociali della fertilità e delle nuove tecnologie della Pma ad essa direttamente connesse; la collaborazione diretta con i "professionisti propositivi" e le società scientifiche di settore per avere idee e consigli da chi conosce bene la domanda di salute dei cittadini osservandola sul campo e quindi sapendola interpretare; la rivalutazione dei Drg, anche alla luce dei nuovi Lea individuati; la stesura di linee guida specifiche, strumento indispensabile per ogni azione di governo clinico.

Questo importante processo di collaborazione è l'unica via che riteniamo possa portare il nostro Sistema Sanitario Nazionale ad essere garante dei fabbisogni non solo riguardo alle "impegnative di spesa" ma anche alla distribuzione dei Fondi in base alle esigenze specifiche: valore del sistema, qualità delle cure, soddisfazione delle utenze.

Le società scientifiche che noi oggi rappresentiamo - e mi rivolgo in particolare al neo Ministro Roberto Speranza - sono gli unici capisaldi della continuità 'operativa', a salvaguardia del buono che è stato fatto prima di noi e di quello che sarà realizzato dopo di noi.



Le società scientifiche che noi oggi rappresentiamo - e mi rivolgo in particolare al neo Ministro Roberto Speranza - sono gli unici capisaldi della continuità 'operativa', a salvaguardia del buono che è stato fatto prima di noi e di quello che sarà realizzato dopo di noi



Il percorso nascita e l'appropriatezza degli interventi a 10 anni dall'accordo Stato Regioni

“L'accordo stipulato il 16 dicembre 2010 ha avuto il merito di ridisegnare l'intero percorso nascita portando ad una riorganizzazione della rete dei Punti Nascita in tutto il nostro paese.



Gianfranco Jorizzo
Consigliere Nazionale Aogoi

L'ACCORDO STIPULATO il 16 dicembre 2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo" scaturito dalla consapevolezza della necessità che l'assistenza materno neonatale fosse improntata a principi di efficacia, efficienza, appropriatezza, ottimizzazione delle risorse al fine di ridurre la mortalità materna, la mortalità perinatale e neonatale e gli esiti a distanza, ha avuto il merito di ridisegnare l'intero percorso nascita portando ad una riorganizzazione della rete dei Punti Nascita in tutto il nostro paese.

L'Accordo ha fornito strumenti metodologici cui attenersi nel processo di ridefinizione delle Uuoo di ostetricia e neonatologia/Tin e standard di tipo organizzativo, di sicurezza e tecnologici da garantire all'interno di queste Unità, oggi definite Punti Nascita.

Sulla base di 10 linee di attività, tutte le Regioni

e Pa hanno sottoscritto l'impegno a predisporre e pianificare tutto il percorso nascita utilizzando il modello di rete organizzativa di assistenza perinatale proposto dall'Accordo, di tipo Hub e Spoke, caratterizzato dai livelli crescenti di intensità di cura e assistenza e che vede il coinvolgimento, oltre che delle strutture ospedaliere (Unità di ostetricia e ginecologia, Unità di neonatologia, Terapie intensive neonatali e di Pediatria), anche del territorio, attraverso un'azione più strutturata e capillare dei consultori.

Nel decalogo è stata prevista la costituzione di un organo ministeriale, Comitato Nazionale Percorso Nascita Cpn, per il monitoraggio e la implementazione delle azioni, a nomina triennale del Ministro composto dalla Direzione Generale della Programmazione e della Prevenzione del Ministero, da esperti designati dallo Stato Regioni, da consulenti del Ministero della Salute. Le Regioni hanno nominato i loro Comitati Regionali Cpnr e Aziendali Cpna

Il Cpn somministra a cadenza quasi annuale una serie di quesiti alle Regioni al fine del monitoraggio delle 10 azioni previste dall'Accordo, peraltro recepito in pieno dal Dm 70 del 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"

ESITI DEL MONITORAGGIO 2018

Punto 1 dell'Accordo. *Misure di Politiche Sanitarie: Standard Operativi, di Sicurezza e Tecnologici*
La fotografia al 1.1.18 evidenzia 418 Punti Nasci-

ti, di questi 418 punti nascita, 64 (cioè il 15%) risultano avere un volume di parti annui inferiore a 500, 192 (46%) hanno avuto un numero di parti tra 500 e 999 e 162 (39%) più di 1000 parti nel 2017. Tab.1 e Tab 2

Se però si valuta la distribuzione percentuale dei parti secondo il volume dei parti per Pn si rileva che solo il 5% dei parti viene effettuato nei piccoli punti nascita, il 32% dei parti nei Pn tra 500 e 999 parti e il 63% dei parti si registra nei Pn con più di 1000 parti annui. Questo dato è estremamente significativo e rappresenta la piena consapevolezza da parte delle mamme che è indubbiamente più sicuro partorire in Punti Nascita ad alti volumi di attività; il 95% delle pazienti evita i volumi inferiori a 500 e preferisce nel 63% delle volte strutture con volumi superiori a mille

RISORSE

L'Accordo prevede la guardia attiva h24 di 2 ostetriche, 1 ginecologo, 1 pediatra e 1 anestesista. Per quanto riguarda il personale in servizio per le diverse professionalità previste nei Pn: ginecologo, ostetrica, pediatra e anestesista, a prescindere dalla tipologia di contratto (a tempo determinato, indeterminato, appartenente ad altre Uuoo o con altra tipologia contrattuale, risulta che il numero di ginecologi e anestesisti è simile, mentre i pediatri sono in numero notevolmente inferiore. Anche le ostetriche non risultano proporzionalmente adeguate, vedi tab 3.

TABELLA 1

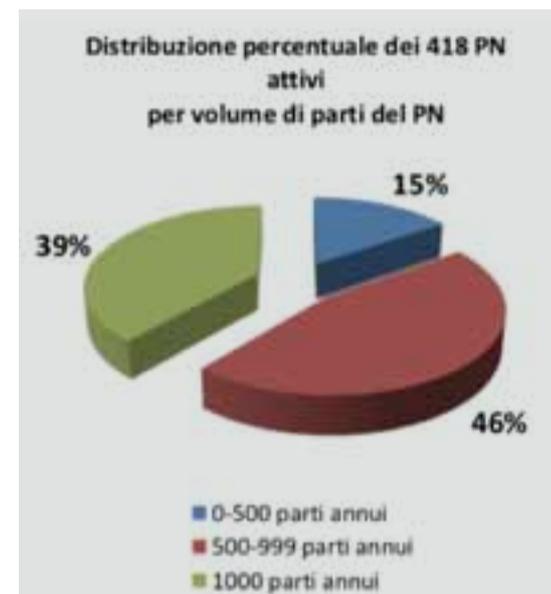


TABELLA 2

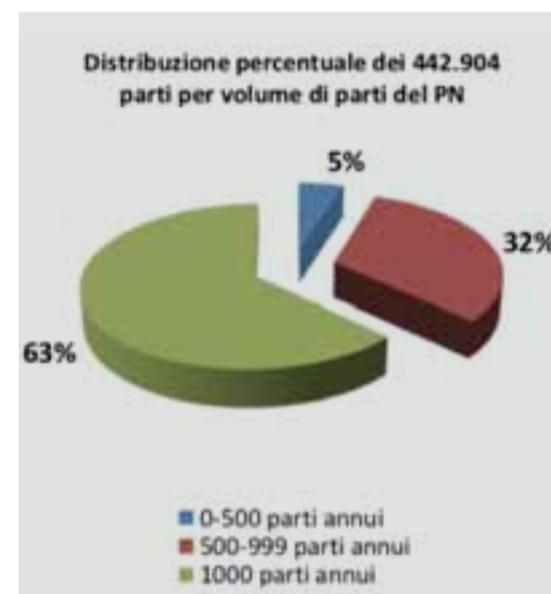
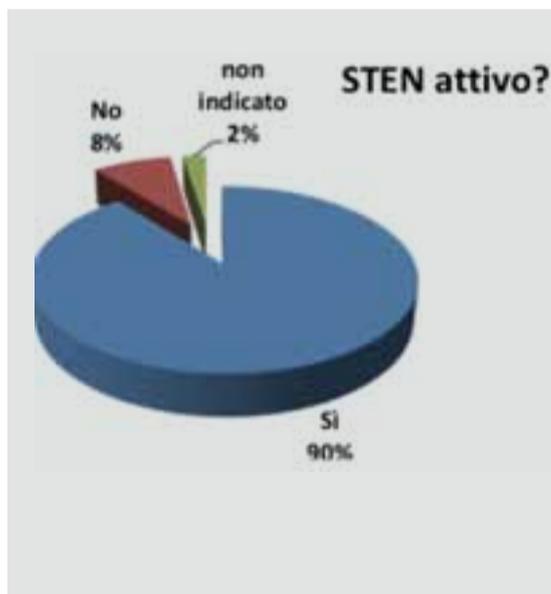


TABELLA 3 RISORSE IN SERVIZIO PRESSO I 418 PN, DATI COMUNICATI DALLE UOC

Tipologia	n. Ginecologi	n. Pediatri	n. Anestesiisti	n. Ostetriche
Contratto a tempo determinato	538	348	448	1.323
Contratto a tempo indeterminato	4.184	2.699	4.250	6.992
Altro personale da altre UU.OO.	43	92	109	113
Altra tipologia di contratto (specificare tipologia e ore settimanali)	634	376	294	283
TOTALE	5.399	3.513	5.101	8.711

TABELLA 4 DIFFUSIONE STEN NELLE REGIONI E PA

Nonostante il dato non sia consolidata in quanto proveniente direttamente dal questionario compilato dai direttori Uoc risulta evidente il difficoltoso recruitment di medici specialisti in Pediatri, attualmente tutti occupati, che ha portato ad un fabbisogno di 2.700 per allineare l'organico. Ancora più anomalo il numero delle ostetriche che presentano un tasso di disoccupazione elevato e ad oggi non vengono inserite negli organici pubblici in modo proporzionale al fabbisogno

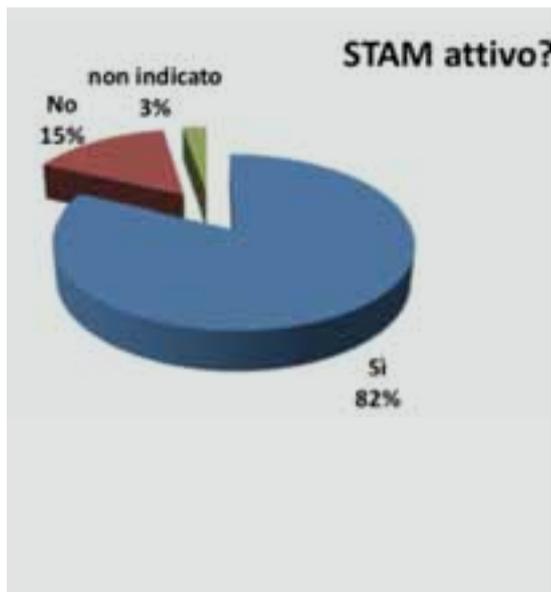
2. TRASPORTO IN EMERGENZA NEONATALE (STEN) E ASSISTITO MATERNO (STAM)

Il Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) risulta attivato quasi nel 90% dei PN, non attivato nell'8% dei PN e nel 2,4% dei casi il dato non è stato specificato. Tab. 4

Il Servizio di Trasporto Materno Assistito (Stam) risulta attivato nell'82% dei Pn, non attivato nel 15% dei Pn e nel 2,6% dei casi il dato non è stato specificato. Tab 5

3. INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE

Tra i vari Item analizzati vorrei enfatizzare i Corsi Accompagnamento alla Nascita Can, strumento di valutazione della appropriatezza del percorso nascita. Il gold standard per i Can è la piena condivisione tra territorio ed ospedale non solo per gli argomenti trattati ma anche per i percorsi assistenziali offerti risultando indicatore di efficacia. Alla domanda "I Corsi di Accompagnamento

TABELLA 5 DIFFUSIONE STAM NELLE REGIONI E PA

alla Nascita (Can) sono organizzati sia dai Pn che dai Consulenti Familiari, separatamente ma anche congiuntamente?" Le Regioni e Pa hanno risposto che il 28% dei casi è esclusivamente il consultorio ad organizzare i Can e nel 22% esclusivamente il Punto Nascita e in modo appropriato solo nel 25% il Cf organizza con il Pn in modo congiunto e condiviso il Can (Tab. 6). Ad oggi questo strumento è pertanto utilizzato in modo efficiente ed efficace solo nel 28% delle volte

5. IMPLEMENTAZIONE DELLE LINEE GUIDA ISS SULLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA E SUL TAGLIO CESAREO E DELLE RACCOMANDAZIONI/STRUMENTI PER LA SICUREZZA DEL PERCORSO NASCITA

Circa l'11,9% delle donne nel 2018 affronta la gravidanza avendo già subito un pregresso taglio cesareo portando all'attenzione una nuova criticità di sanità pubblica: la possibilità di partorire per via vaginale dopo un pregresso Taglio Cesareo o Vbac

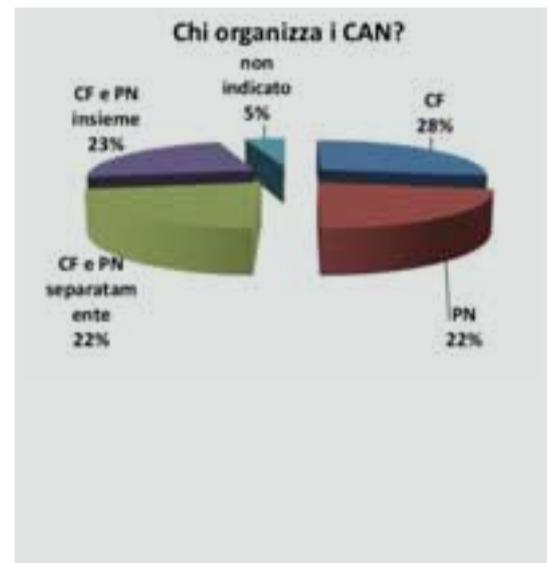
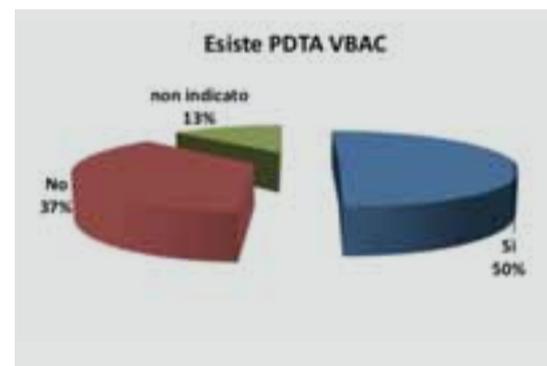
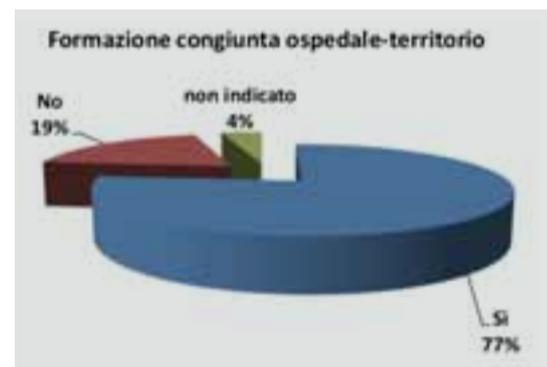
Dal nostro monitoraggio capillare si evince come nel 50% dei PN esiste un Pdta per il parto vaginale dopo cesareo (Vbac) (tab. 7). Avere uno strumento operativo per il Vbac non si riflette nel miglioramento del tasso di parto spontaneo dopo taglio cesareo che secondo il PNE Agenas del 2018, riferito al flusso dati 2017, si attesta in Italia al 8,95%

6. FORMAZIONE DEGLI OPERATORI DELLE UU.OO. DI OSTETRICIA E NEONATOLOGIA/TIN

Gli operatori sanitari del territorio/ospedale sono stati formati in modo congiunto sui temi di pertinenza del percorso nascita solo nel 77% dei Pn (tab. 8)

Vengono effettuate simulazioni periodiche annuali per la gestione delle emergenze ostetriche (es. EPP, eclampsia, sepsi) solo nel 68% dei Pn (Tab.9)

Queste solo alcune delle criticità dell'attuazione del decalogo dell'Accordo Stato Regioni del 2010 e del Dm 70 di aprile 2015 che devono portare ad una riflessione contestuale alla prevista drammatica denatalità e al difficoltoso reclutamento del personale coinvolto nell'evento nascita. Il tutto porta ad un'esigenza della revisione degli standard con una revisione dell'Accordo stesso affinché sia contestualizzato allo scenario del 2010.

TABELLA 6 TIPOLOGIA ORGANIZZAZIONE DEI CAN DA PARTE DI REGIONI E PA**TABELLA 7** INCIDENZA DI PDTA NEI SINGOLI PN DELLE REGIONI E PA**TABELLA 8** INCIDENZA DI DIFFUSIONE DELLA FORMAZIONE CONGIUNTA TERRITORIO/OSPEDALE NEI SINGOLI PUNTI NASCITA INDICE DELLE REGIONI E PA DA PARTE DI REGIONI E PA**TABELLA 9** INCIDENZA CORSI DI SIMULAZIONE EMERGENZE URGENZE NEI SINGOLI PN DELLE REGIONI E PA

Far progredire i Paesi in via di sviluppo

“ Le caratteristiche dominanti della salute riproduttiva nella maggior parte dei Paesi in via di sviluppo sono gli alti tassi di mortalità e morbilità materna, le enormi perdite perinatali e infantili e gli alti tassi di natalità



SI STIMA CHE CI SIANO 585mila decessi materni all'anno nel mondo, quasi lo 0,8% nei Paesi in via di sviluppo. Le complicanze della gravidanza e del parto sono la principale causa di morte e disabilità tra le donne in età riproduttiva in questi Paesi. Di tutti gli indicatori di sviluppo umano, il rapporto di mortalità materna mostra la maggiore discrepanza tra i paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo. L'Asia meridionale ha sia il maggior numero di donne in età riproduttiva sia il maggior numero di decessi materni, seguita dall'Africa. Le ultime stime dei rapporti di mortalità materna sono 979 per l'Africa, 380 per l'Asia e 191 per l'America Latina e i Caraibi rispetto a solo 13 per i paesi industrializzati. Rapporti estremamente elevati di oltre mille per 100mila nati vivi si trovano nell'Africa orientale e occidentale.

Il rischio cumulativo stimato di morire per cause legate alla gravidanza è 1 su 21 per l'Africa, 1 su 54 per l'Asia, 1 su 73 per l'America Latina e 1 su 140 per i Caraibi, rispetto a 1 su 6.400 per gli Stati Uniti e inferiore a 1 su 10mila per il Nord Europa. Questi tassi offrono le più ampie disparità in termini di statistiche sanitarie e socio-economiche tra i paesi ad alto e basso reddito (...).

Secondo le statistiche dell'Oms, le principali cause dirette di morte materna sono correlate a sanguinamento grave (25%), infezione (15%), eclampsia (12%), lavoro ostruito (8%), aborto non sicuro (13%), ci sono poi cause indirette come l'anemia, la malaria o le malattie cardiache (20%) o altre cause dirette come la gravidanza ectopica, l'embolia e le cause correlate all'anestesia (...).

Si stima che il 15% di tutte le donne in gravidanza necessiti di cure ostetriche di emergenza. Nei Paesi industrializzati quasi tutte le nascite avvengono sotto controllo medico, mentre nei Paesi in via di sviluppo solo il 50% delle nascite ha luogo con un assistente alla nascita addestrato e solo il 37% in ospedali o cliniche. In uno studio realizzato in India, il 70% delle donne in gravidanza con gravi complicazioni è arrivato in ospedale con l'autobus pubblico.

Inoltre, oltre al più di mezzo milione di decessi materni, ogni anno vengono registrati 7 milioni di decessi perinatali e 8 milioni di neonati muo-

iono durante il primo anno di vita. Circa 3,4 milioni di decessi si verificano nella prima settimana e la maggior parte dei decessi neonatali e perinatali sono il risultato di cattiva salute materna e cure inadeguate durante la gravidanza e il parto e il periodo critico immediato dopo il parto (...). Non ci sono soluzioni facili né scorciatoie ai problemi di riduzione degli alti rapporti di mortalità materna e perinatale prevalenti nei paesi poveri. Al culmine delle campagne di sopravvivenza infantile degli anni '80, tuttavia, i ricercatori e i professionisti hanno osservato che gli sforzi più meritevoli per promuovere la salute materna e infantile nei paesi in via di sviluppo stavano facendo ben poco per ridurre la mortalità e la morbilità tra le madri. Nel 1987, la Banca mondiale, l'Oms e il Fondo delle Nazioni Unite per le attività della popolazione hanno sponsorizzato una rivoluzionaria conferenza internazionale sulla maternità sicura a Nairobi, in Kenya. Da quell'evento è cresciuta la collaborazione tra la Banca, le organizzazioni delle Nazioni Unite e le istituzioni private per promuovere la ricerca operativa sulla mortalità materna e raggiungere l'obiettivo di dimezzare le morti materne entro il 2000. Successivamente, è stata istituita la Rete per la prevenzione della mortalità materna per coinvolgere medici, ostetriche e scienziati sociali in Africa nella ricerca sull'entità e sulle cause della mortalità e morbilità materna nella loro regione e per assumersi la responsabilità di sostenere o attuare programmi per promuovere la salute materna. I risultati di questi sforzi hanno incluso iniziative programmatiche più piccole che stanno dimostrando un certo successo, come le funzioni Ostetriche Essenziali, un maggiore uso del parto-programma e le case di attesa di maternità.

Mentre la necessità di una ricerca efficace, approfondita e sistematica è costante, la ricerca in una realtà povera di risorse può essere più utile se si concentra sulla progettazione e sulla valutazione degli interventi per ridurre la morbilità e la mortalità.

Non sono più necessarie ricerche per determinare le cause cliniche delle morti materne o le caratteristiche delle donne che muoiono; entrambi

sono ben noti. La ricerca intesa a determinare la causa della morte dovrebbe concentrarsi invece sulle cause inerenti il sistema sanitario. L'analisi delle cure, o "audit" e "indagini riservate" sono un modo efficace per identificare dove potrebbero essere apportati miglioramenti nelle cure. Protocolli semplici utilizzati dai gestori delle strutture, forse basati sull'analisi del percorso o su modelli di alberi decisionali, potrebbero premiare gli investimenti.

Il modo in cui l'educazione influenza l'esito della gravidanza non è ben compreso e richiede chiarimenti. Anche la sua correlazione con il reddito e la residenza deve essere ispezionata.

È essenziale un'ulteriore caratterizzazione della mortalità, morbilità e disabilità associate all'aborto indotto.

Non ci sono prove pubblicate della relazione causale tra mutilazione genitale femminile e infezione da Hiv, tuttavia è possibile la trasmissione da un partner infetto da Hiv quando una vagina è soggetta a traumi o lesioni ripetute (...).

Sono stati adottati approcci fantasiosi per risolvere aspetti dell'assistenza sanitaria che non rispondono alle esigenze ginecologiche e ostetriche delle donne. Questi, tuttavia, non sono stati documentati o catalogati in modo pratico e potrebbe favorire la replica. Lo stesso si può dire per le linee guida e gli algoritmi di trattamento che sono stati sviluppati in una serie di impostazioni per diversi livelli di cura.

In conclusione, la morbilità e la mortalità materna e perinatale sono indicatori molto sensibili, non solo del rafforzamento del sistema sanitario, ma più in generale del raggiungimento di una società verso la parità tra uomini e donne. Possediamo le conoscenze e gli strumenti per rendere la disabilità permanente e la morte durante la gravidanza e il parto quasi non comune nelle nazioni povere come in quelle più ricche. Tuttavia, più che mai abbiamo bisogno di sviluppare l'istruzione e la formazione per i medici che dovrebbero fornire assistenza e ricerca nella medicina perinatale. Gli Stati Uniti hanno sviluppato il proprio sistema.

L'American College of Obstetrics and Gynecology è responsabile dello standard di istruzione e pratica. Nel Regno Unito il Royal College of Obstetricians and Gynecologists ha il compito di fornire istruzione, sviluppare standard e determinare quanti specialisti e sub-specialisti sono formati. In altri paesi ci sono vari livelli di sviluppo e pianificazione. Vi è quindi l'enorme necessità che i sistemi avanzati di istruzione medica e di erogazione dell'assistenza sanitaria fungano da modelli per i Paesi in via di sviluppo.

A tal fine, l'Associazione mondiale di medicina perinatale e l'Accademia internazionale di medicina perinatale fungono da organizzazioni leader e potrebbero diventare le principali forze perinatali per l'ulteriore miglioramento dell'assistenza perinatale in tutto il mondo in via di sviluppo. La formazione del nostro comitato educativo dovrebbe stimolare le migliori menti in WAPM e IAPM in modo organizzato e sistematico al fine di creare e mettere in pratica nuove idee per fare progressi nella riduzione di questa tragedia globale in un futuro non troppo lontano.

ISTANBUL 2019

World Association of Perinatal Medicine: Giovanni Monni rieletto alla vice presidenza



A Istanbul (Turchia) durante il 14° Congresso Mondiale di Medicina Perinatale, alla presenza di oltre 1.500 partecipanti, il Prof. Giovanni Monni, Direttore della Ginecologia dell'Ospedale Microcitemico di Cagliari è stato rieletto Vice Presidente della Wapm (World Association of Perinatal Medicine). Il Board è composto da 11 membri tra Ginecologi e Neonatologi/Pediatri: oltre all'Italiano Monni i rappresentanti della Turchia, Russia, Croazia, Germania, Uruguay, Bosnia, Thailandia, Indonesia, Nigeria e Messico.

La Medicina Perinatale è quella branca della Ginecologia e Ostetricia che raggruppa tutte le società nazionali di Medicina Perinatale e si occupa della donna, della coppia e del neonato dal periodo del concepimento alla gravidanza, al parto e quindi del neonato con tutte le problematiche di assistenza, prevenzione, diagnosi e terapia nonché degli aspetti sociali, economici ed etici.

La Wapm comprende:

Ginecologi/Ostetrici, Neonatologi, Pediatri, Genetisti, Biologi e Farmacologi ed è a capo di tutte le Società Nazionali di Medicina Perinatale dei 5 Continenti è collegata alla Figo (International Federation of Gynecology and Obstetrics), alle Società di Neonatologia e alle Società di Pediatria e inoltre collabora con Who, Onu, Unicef.

Giovanni Monni

Direttore Ginecologia Ospedale Microcitemico

Past Presidente Nazionale Sieog e Aogoi

Membro Figo Committee for Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health



12

CONTRIBUTI

Perché dobbiamo ancora parlare di violenza sulle donne?



Valeria Dubini
Vice Presidente Sigo
Past President Aogoi

Dobbiamo parlarne perché la violenza domestica anche nel nostro Paese rappresenta la prima causa di morte per le donne tra 16 e 44 anni (più del cancro e degli incidenti stradali), come affermato da Rashida Manjoo relatrice su questo tema presso le Nazioni Unite

DOBBIAMO PARLARNE PERCHÉ sostituisce la radice di tante patologie croniche che ci riguardano (pensiamo solo al dolore pelvico cronico, ma anche MTS, patologie dell'apparato urinario, disturbi della sfera sessuale).

DOBBIAMO PARLARNE PERCHÉ anche in gravidanza è presente questa problematica, e costituisce un fattore di rischio che non deve essere sottovalutato: l'indagine Istat del 2015 ci mostra come l'11.8 % delle donne in gravidanza, vive in una condizione di violenza, che nel 5,7% dei casi inizia proprio in questo periodo e nel 11,3% tende addirittura ad intensificarsi. E anche nel postparto la violenza domestica affligge la salute delle donne favorendo l'insorgenza della "blue syndrome" con un OR 13,7% come emerge da una ricerca italiana condotta nel 2009 da Patrizia Romito: e non si può non ricordare come lo studio prospettico coordinato da ISS sulla mortalità materna ha messo in evidenza come anche nel nostro Paese, come negli UK era stato rilevato già da tempo, l'incidenza di omicidi e di suicidi in gravidanza, che sottendono spesso condizioni di violenza, superi il 10% e sia quindi maggiore come causa di morte anche alla pur frequente emorragia ostetrica.

DOBBIAMO PARLARNE PERCHÉ anche nelle scelte riproduttive la violenza domestica costituisce un fattore determinante: tutta la letteratura e anche l'indagine multicentrica condotta da Aogoi in Italia nel 2012 su 1457 donne che si sottoponevano a IVG, mostrano un'incidenza significativamente maggiore nelle donne con IVG ripetute. Secondo la WHO ridurre la violenza da partner intimo del 50% potrebbe potenzialmente ridurre le gravidanze indesiderate del 50% e le interruzioni di gravidanza dal 45% al 40%.

INFINE DOBBIAMO PARLARNE PERCHÉ i sanitari hanno un punto privilegiato di osservazione e un potenziale unico per individuare condizioni di violenza e i servizi che si occupano di medicina riproduttiva in particolare possono svolgere ruolo fondamentale in questo senso, come anche la WHO ha ricordato recentemente nella pubblicazione "Responding to intimate partner violence



and sexual violence against women", dal momento che la maggior parte delle donne hanno l'occasione di confrontarsi con essi in qualche momento della loro vita.

Anche nel nostro Paese le "Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza" pubblicate il 30-01-2018 chiamano fortemente in causa i servizi Sanitari e richiedono che le Aziende si mettano in regola con procedure ad hoc entro gennaio 2019: è per questo motivo che le nostre Società scientifiche hanno pubblicato le Raccomandazioni per la Violenza Sessuale (consultabili sul sito Sigo) fornendo indirizzi e suggerimenti per l'utilizzo delle stesse, proprio con lo scopo di venire incontro al nostro non facile compito.

È forse il momento per dotarsi anche di strumenti ulteriori di indagine rivolti in special modo alla gravidanza: in molti paesi le Società Scientifiche raccomandano infatti lo screening in gravidanza e anche nel nostro Paese si stanno iniziando esperienze in questo senso con poche domande semplici che facciano comprendere alle nostre assistite che questo è un problema che conosciamo e per il quale possiamo fornire supporto e aiuti. Certo è necessaria formazione per rendere sempre più sensibili e consapevoli gli operatori e dall'altra parte una organizzazione che consenta una vera possibilità di presa in carico del problema nel momento dell'emersione: è evidente che "Il sistema sanitario non può fare questo da solo" e sono necessarie risorse e investimenti organizzativi, "ma il sistema sanitario dovrebbe esprimere pienamente il proprio potenziale ed assumere un ruolo proattivo nella prevenzione della violenza". (Who 2009).

Ed è per questo che dobbiamo ancora parlare di violenza anche nei nostri congressi e comprendere come sia parte della nostra professionalità occuparsene.

Rashida Manjoo
docente all'Università di Cape Town e già Rapporteur speciale dell'Onu contro la violenza sulle donne



Le Linee Guida nazionali ed internazionali sottolineano come le conseguenze sulla futura fertilità, nonché la messa in atto di strategie preventive per la preservazione della stessa, vadano discusse con i pazienti prima di intraprendere il trattamento oncologico

13 Oncologia, ecco le strategie di preservazione della fertilità



Giuseppe De Placido
Direttore
Dipartimento
Materno
Infantile
Aou Federico
II Napoli

BACKGROUND

La preservazione della fertilità rappresenta un tema di notevole rilevanza nei pazienti affetti da cancro, non soltanto in virtù del miglioramento della sopravvivenza dei tumori in età pediatrica e giovanile, ma anche per il ritardo progressivo dell'età del primo concepimento. In Italia si è registrata una percentuale progressivamente maggiore di gravidanze oltre i 35 anni di età, passata dal 12% nel 1990 al 16% nel 1996, con una stima prevista nel 2025 pari al 25%. Le Linee Guida nazionali ed internazionali sottolineano come le conseguenze sulla futura fertilità, nonché la messa in atto di strategie preventive per la preservazione della stessa, vadano discusse con i pazienti prima di intraprendere il trattamento oncologico. È necessario che la valutazione degli interventi per la preservazione della fertilità futura, sia affidata al lavoro multidisciplinare e multiprofessionale degli oncologi e degli specialisti di medicina della Riproduzione. L'essere ammalato di cancro non costituisce per donne ed uomini una controindicazione alla genitorialità. Non vi sono infatti evidenze di anomalie congenite o aumentato rischio di cancro nella prole di pazienti con storia di tumore. La gravidanza non si associa a prognosi significativamente infausta, nemmeno per i tumori ormono-sensibili come il carcinoma mammario. Numerosi studi dimostrano come la sensibilità che i malati oncologici mostrano nei confronti della propria fertilità sia sensibilmente aumentata. Questa osservazione ha indotto l'**Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli in collaborazione con la Regione Campania a realizzare la prima rete in Italia riservata alla preservazione della fertilità in malati**

oncologici secondo il principio "hub and spoke", atta a garantire un link mediante piattaforma on line attiva 24/24 h, con accessi al counselling multidisciplinare centralizzato entro 48 ore per 365 giorni all'anno.

La ricerca di ogni possibile miglioramento della qualità di vita del malato oncologico e, in particolare, la tutela della salute riproduttiva non possono prescindere da un recupero della propria vita sessuale. Pertanto, tale rete è perfettamente integrata con un servizio, attivo presso l'**Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli, dedicato al trattamento dell'atrofia vulvovaginale con laser CO₂ frazionato nelle pazienti oncologiche sottoposte a chemio-radio terapia.** Inoltre, va sottolineato come l'**Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli** sia stata la prima in Italia ad attuare un percorso di validazione e certificazione per il prelievo, la crioconservazione ed il reimpianto di tessuto ovarico, da parte del Centro Universitario di Copenaghen diretto dal professor Claus Yding Andersen (The Laboratory of Reproductive Biology, the Department of Fertility at The Juliane Marie Centre, Rigshospitalet, Copenhagen University), considerato a livello internazionale come centro di riferimento Europeo.

CENNI EPIDEMIOLOGICI

Nell'età compresa tra 20-44 anni ai primi tre posti fra i tumori più frequentemente diagnosticati negli uomini si trovano il tumore del testicolo (14,4% del totale dei tumori), i linfomi non-Hodgkin (10,4%) e il melanoma (9,7%).

Nelle donne al primo posto in termini di frequenza, anche tra le giovani, si colloca il tumore della

mammella, che nella fascia d'età 20-44 rappresenta addirittura più di un caso ogni 3 tumori diagnosticati (37,6% del totale).

Così come i tassi di mortalità mostrano, una diminuzione sostanziale, riconducibile sia ai programmi di *screening* oncologico sia ai progressi terapeutici; la sopravvivenza a 5 anni è aumentata notevolmente rispetto a quella registrata nelle epoche precedenti sia per gli uomini (57% nel 2004-2007 vs. 39% nel 1990-1992) che per le donne (rispettivamente 63% vs. 53%).

DANNO GONADOTOSSICO DOVUTO A CHEMIO E RADIOTERAPIE.

In campo oncologico, il danno al patrimonio gametico maschile e femminile dipende da classe, dose e posologia del chemioterapico, estensione, sede e dose del campo di irradiazione. Di fondamentale importanza è anche l'età del paziente. Difatti, il patrimonio gametico residuo in entrambe le popolazioni maschili e femminili diminuisce progressivamente con l'età. Di conseguenza, maggiore è l'età del paziente al momento del trattamento maggiori sono le possibilità di una interruzione definitiva dell'attività riproduttiva a seguito di chemio e/o radioterapie.



Strategie di preservazione della fertilità

Di seguito vengono esposte quali sono le strategie per la preservazione della fertilità nella donna e nell'uomo

STRATEGIE NELLA DONNA

Per la donna esistono diverse strategie per la preservazione della fertilità:

Preservazione farmacologica con agonisti del "gonadotropin-releasing hormone" (GnRH)

Il beneficio della somministrazione degli agonisti del GnRH nella preservazione della funzione ovarica è provato da numerose evidenze, in particolare nelle donne affette da carcinoma mammario. Il rischio di alterazione a carico del metabolismo osseo non risulta di solito clinicamente significativo per somministrazioni <6 mesi. Recentemente, gli agonisti del GnRH sono stati inseriti nell'elenco dei medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, per la preservazione della funzionalità ovarica nelle donne in premenopausa (Nota 51, Gazzetta Ufficiale 22 luglio 2016).

Preservazione chirurgica

L'ooforopessi, ovvero la trasposizione chirurgica delle ovaie al di fuori del campo di irradiazione, può essere utilizzata nei casi di irradiazione addominale, sia monolaterale sia bilaterale. Negli stadi precoci dei tumori a carico dell'apparato riproduttivo femminile, sono previsti interventi oncologici di natura conservativa che dovrebbero essere sempre valutati in donne desiderose di prole.

Crioconservazione degli embrioni ed ovociti maturi ed immaturi

La crioconservazione degli embrioni rappresenta la metodica maggiormente in uso nel mondo. Gli embrioni presentano dei tassi di sopravvivenza allo scongelamento superiori rispetto agli ovociti con tassi di natalità per embrione trasferito di circa il 38,7% per le donne di età inferiore ai 35 anni. Tale procedura non è permessa dalla legge italiana (Legge 40/2004, comma 1 del

l'articolo 14) pur rappresentando lo standard più consolidato per il sesso femminile.

La crioconservazione degli ovociti maturi rappresenta la tecnica di preservazione della fertilità più praticata in Italia ed in costante crescita nel mondo, ma anche l'unica possibile per le donne in assenza di un partner. È indicata in tutti i casi in cui è possibile procrastinare la terapia oncologica di almeno 2-3 settimane, in presenza di un'adeguata riserva ovarica.

La crioconservazione di ovociti immaturi sarebbe indicata per le pazienti per le quali non è possibile procrastinare l'inizio della chemio/radioterapia o in caso di controindicazione all'esecuzione di una stimolazione ovarica controllata. Tale metodica non comporta una stimolazione ovarica, ma prevede il prelievo di ovociti (entro l'8°-10° giorno del ciclo) con dimensioni follicolari non superiori a 12 mm di diametro. Nonostante i risultati incoraggianti, questa metodica è ancora da ritenersi sperimentale.

Crioconservazione di tessuto ovarico

La crioconservazione del tessuto ovarico è indicata quando non possono essere attese le 2-3 settimane per la crescita follicolare e l'induzione della maturazione ovocitaria, nei casi di neoplasie ormono-sensibili e in età pre-puberale. Con questa metodica sono state ottenute nel mondo più di 80 gravidanze dopo autotrapianto del tessuto precedentemente raccolto e crioconservato. A differenza della crioconservazione ovocitaria o embrionale, l'uso del tessuto ovarico è possibile anche nelle bambine e adolescenti pre-pubere, in quanto a essere crioconservati sono principalmente i follicoli primordiali della corticale ovarica. Controindicazioni assolute sono patologie ad elevato rischio di metastasi ovariche (leucemie, tumori ovarici, tumori solidi metastatici al peritoneo). I campioni di corticale ovarica da crioconservare sono prelevati attraverso tecnica laparoscopica prima dell'inizio del trattamento radio e/o chemioterapico e poi reimpiantati al termine del trattamento. La ripresa della funzionalità endocrina ovarica si ottiene nel 90-100% per circa 5 anni.

STRATEGIE NELL'UOMO

La crioconservazione del seme rappresenta una strategia efficace di preservazione della fertilità nell'uomo e dovrebbe essere offerta prima di effettuare trattamenti potenzialmente gonadotossici. Idealmente, si rendono necessarie più raccolte (almeno due o tre) per poter disporre di materiale biologico sufficiente. Tuttavia, l'iniezione intracitoplasmatica del seme ("intracytoplasmic sperm injection", ICSI), in grado di sfruttare anche quantità modeste di liquido seminale, consente di crioconservare anche raccolte modeste. Per i pazienti in età pediatrica sono in fase di sperimentazione la crioconservazione del tessuto testicolare o degli spermatozoni con reimpianto e lo xenotrapianto testicolare. Nei pazienti azoospermici, sono previste diverse tecniche per il prelievo chirurgico di spermatozoi dai testicoli ("testicular sperm extraction" - Tese, "testicular sperm aspiration" - Tesa, "microsurgical epididymal sperm aspiration" - Mesa), efficaci in circa il 50% dei casi.



Traguardi raggiunti e da raggiungere: L'Aogoi sempre in prima linea

“ La presenza costante e attiva della Società Scientifica sulla scena politico-istituzionale ha portato a raccogliere frutti copiosi. Negli ultimi anni l'impegno dell'Aogoi e della Sigo chiamando a raccolta le associazioni consorelle ha consentito l'istituzione di un ufficio legale che ha gestito con successo una mole incredibile di processi



Vania Cirese
Responsabile
e Settore
penale
ufficio legale
Aogoi

LA TUTELA LEGALE articolata su una capillare analisi dei casi sotto il profilo medico legale e specialistico e sulla sinergia dei legali Aogoi con i CT Aogoi, non costituisce solo il sicuro vantaggio del singolo socio “preso in carico” e accompagnato scrupolosamente e costantemente nella vicenda giudiziaria dall'inizio alla fine, ma costituisce anche un valore aggiunto per tutti, perchè gli indirizzi giurisprudenziali più garantisti conquistati, una volta conquistati circolano e si consolidano, ispirando altri giudici e alimentando un significativo “circolo virtuoso”. Le sentenze favorevoli esportate, orientano altre pronunce nello stesso senso, creando un diritto vivente più favorevole alla classe medica e agli ostetrici-ginecologi in particolare.

Del resto l'impegno nel suggerire previsioni normative più al passo con i tempi ed in grado di salvaguardare l'interesse all'erogazione di cure sicure ed efficaci e garantire contesti lavorativi meno a rischio ha permesso l'emanazione di una legge del Parlamento di riforma sanitaria dopo innumerevoli tentativi falliti dal 2008.

La legge 24/2017 rappresenta una preziosa occasione per costruire nuovi possibili scenari in cui la sicurezza delle cure sia una certezza sia per il medico che per il cittadino, visti non come soggetti contrapposti, ma come alleati. Con orgoglio ricordiamo che il legislatore ha raccolto molti suggerimenti tecnici e contenuti di riforma suggeriti da Aogoi.

Non v'è dubbio che l'inquadramento giuridico

dell'attività sanitaria deve tener conto della complessità del contesto lavorativo e organizzativo in cui il medico opera.

La tutela del diritto, alla salute e la disciplina della responsabilità dei sanitari e delle strutture in cui si erogano le cure sono state da anni oggetto di particolare attenzione. Nel tempo si sono susseguiti orientamenti giurisprudenziali dettagliati e complessi tuttavia disomogenei ed interventi ministeriali non del tutto coordinati e spesso insoddisfacenti che hanno disorientato tanto gli operatori della sanità quanto gli operatori del diritto.

Il 1 aprile 2017 è entrata in vigore la legge Gelli che ha inciso sui profili della responsabilità in ambito medico e socio sanitario, intervenendo per correggere alcune distorsioni del sistema. Il legislatore, che era stato latitante per lunghi anni, ha deciso di affrontare energicamente alcune problematiche nevralgiche come ad es: l'obbligo assicurativo ed il risarcimento dei danni, la gestione del rischio clinico, il ruolo delle linee guida e delle società-enti che le emettono, la presenza dei consulenti tecnici e periti nei processi di malpractice.

A parte la riforma sul versante civile, penale e Corte dei Conti, ciò di cui maggiormente ci si compiace è l'introduzione di un vero sistema di monitoraggio - gestione dei rischi ed eventi avversi in sanità, che segna il momento di una rivoluzione copernicana, un cambiamento radicale di prospettiva, affinché la problematica del contenzioso medico legale non chiami in causa solo la punizione, ma innanzitutto la prevenzione e ciò a tutela dei medici e dei pazienti.

La materia della sicurezza delle cure, che è stata precocemente oggetto di interventi da parte degli organi legislativi e governativi di paesi di common law, quali USA e UK, è stata anche attenzionata dalle istituzioni dell'Unione Europea.

La Corte Europea dei diritti umani ha ribadito che dall'art 2 CEDU discende l'obbligo degli Stati mem-

bri di mettere in atto un quadro regolamentare che imponga agli ospedali, sia pubblici che privati, l'adozione di misure adeguate per assicurare la protezione della salute della vita dei loro pazienti e sistemi che permettano di accertare le cause dei decessi o di danni gravi.

La legge 24/2017 ha voluto fornire adeguate risposte introducendo un sistema a livello **aziendale, regionale e nazionale** di monitoraggio, prevenzione, gestione del rischio clinico per ridurre i rischi e gli eventi avversi (facendo diminuire i danni ai pazienti e il contenzioso contro i medici) e riportando sulla scena l'obbligo di assicurazione o copertura ex legge 114/2014. Il sistema permetterà di identificare rischi ed errori, risalire alle cause che li ingenerano, porre rimedi e far diminuire i danni ai pazienti, di conseguenza ridurre i processi a carico dei sanitari che i pazienti lesi avviano per ottenere i risarcimenti dei danni.

Invero fino alla L.24/2017 è mancata in Italia una visione **centrale e sistemica del problema** e tutto l'onere progettuale dell'obiettivo del risk management è, stato trasferito, con il Ccnl, all'iniziativa delle singole Regioni o Aziende che si sono trovate a dovere gestire anche l'emergenza di un mercato assicurativo molto poco disponibile. Fino alla L. 24/2017 in Italia non era stato mai introdotto un **modello nazionale di gestione del rischio** né erano stati previsti interventi specifici per favorire l'omogeneità dei processi di gestione del rischio clinico nel Servizio Sanitario Nazionale. Le pur **apprezzabili iniziative** locali “a **macchia di leopardo**” in alcune virtuose aziende ospedaliere che hanno istituito unità di gestione dei rischi o a mezzo della **legislazione regionale** che ha introdotto il monitoraggio degli eventi avversi (per esempio, Toscana, Veneto, Lombardia) **hanno evidenziato** l'esigenza di un'**armonizzazione dei modelli** e di un **raccordo con gli organismi a livello nazionale e regionale** per dar vita **realmente ad un sistema organico generalizzato e unificato**.

15

CIMO-FESMED

Alleanza per la professione medica

Occorreva un sistema che permettesse la conoscenza e fruizione dei dati raccolti dalle singole aziende, la comparazione e lo studio delle risultanze per emettere raccomandazioni al fine di evitare la reiterazione degli eventi avversi e dei rischi più frequenti e/o più gravi.

Il legislatore con un cambio di rotta ha inteso passare dalla (mera) "sanzione" alla (necessaria) "prevenzione" delle condotte rischiose, così tutelando sia i sanitari che i pazienti ed orientando le strutture a dotarsi di presidi e di percorsi assistenziali più sicuri ed efficienti.

L'importanza **scagionante delle linee guida** senza minare l'autonomia professionale del medico rappresenta un altro traguardo raggiunto dell'Aogoi assieme al **ruolo** finalmente riconosciuto dalla legge alle Società Scientifiche mai avuto fino ad ora, quali erogatori ufficiali delle linee guida.

Nella pratica attuazione della legge 24/2017 tuttavia si riscontrano le prime criticità. Fortunatamente l'art. 13 per la prima volta ha imposto alle aziende l'obbligo di informare i sanitari relativamente alle lettere di richieste di risarcimento, Atp, mediazioni, citazioni nel processo civile o indagini e coinvolgimento nel processo penale, affinché i professionisti possano portare elementi a discolora o decidere di giocare un ruolo attivo e difendersi strenuamente sotto il profilo medico legale e giuridico. Tuttavia spesso l'azienda conclude transazioni non opportune con il paziente senza coinvolgere il medico con decisione unilaterale e inoppugnabile e poi esercita l'azione di rivalsa o regresso. Inoltre ultimamente il contratto collettivo dello scorso luglio ha varato un articolo dal tenore allarmante.

Secondo l'art. 67 l'Azienda, nella tutela dei **propri** diritti e interessi, quando si apre un processo civile o penale per responsabilità professionale a carico del dirigente medico, **assume a proprio carico** gli oneri di **parcella** e spese dell'**avvocato solo se il dipendente si avvale del legale prescelto dall'azienda**.

Se invece il medico vuole nominare un legale o consulente di sua fiducia: 1) deve essere autorizzato dall'azienda; 2) deve pagare personalmente spese ed onorari dell'avvocato (e Ct) e solo a fine di tutti i gradi del processo e a condizione che ottenga un provvedimento favorevole (assoluzione) sarà rimborsato! Non solo, se non c'è autorizzazione dell'azienda, tutti gli oneri restano comunque a carico del medico.

In altre parole l'azienda impone il **proprio** legale (convenzionato con essa e sottopagato) che molto spesso non è esperto della materia né motivato. Ma vi è di più. L'azienda deve "autorizzare" la nomina del fiduciario del medico! E se non autorizza, tutti gli oneri restano a carico del medico. La previsione oltre ad essere **illegittima crea poi un'evidente discriminazione tra i medici**, ossia tra quelli che si fanno imporre l'avvocato della azienda e quelli che resistono e scelgono il loro fiduciario. Nel diritto di difesa è incluso il diritto alla libera scelta del fiduciario, (avvocato e consulente) e tale **diritto non può** essere limitato.

Questo settore come la responsabilità autonoma della struttura in caso di danno al paziente cagionato da carenze strutturali, di presidi e di organico, stimolano l'intervento dell'Aogoi per raggiungere nuovi traguardi di tutela che già spuntano all'orizzonte.

Aogoi resta in prima linea!

“

Il 14 febbraio 2019 nasce ufficialmente la Federazione Cimo-Fesmed, unione delle forze organizzative e di rappresentanza di Cimo, il Sindacato dei medici e della Fesmed, Federazione Sindacale Medici Dirigenti, per una svolta nella rappresentanza e i diritti in sanità



Giuseppe Ettore
Presidente
Fesmed

LA NUOVA REALTÀ SINDACALE, frutto di un percorso di vicinanza di intenti e valori che i vertici di Cimo e Fesmed hanno consolidato negli ultimi anni, 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.

Un ringraziamento a **Riccardo Cassi** e **Carminè Gigli** per la lungimiranza con la quale hanno avviato nel 2016 il percorso di analisi Cimo-Fesmed col "Patto Federativo" che ora si sostanzia con una forza sindacale organizzata e rappresentativa, un cambio di rotta, un'iniziativa con forti contenuti motivazionali, un patto di comunione sostenuto da un progetto sindacale mirato a rendere sinergici i valori professionali e la tutela del medico. 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, 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, per tutelare il lavoro dei medici e promuovere i diritti dei cittadini per una migliore programmazione delle risorse, per vigilare sui tagli a danno della sanità e a difesa del diritto all'equità delle cure su tutto il territorio nazionale.

Con la Federazione si completa un percorso fortemente voluto dalle due O.S. che sono da tempo in perfetta sintonia su tutte le tematiche che interessano la professione medica dai problemi contrattuali, alla difesa del ruolo medico nel Ssn, alla sicurezza delle cure, alla libera professione, alla formazione e all'accesso al mondo del lavoro per i giovani 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 contribuito a rendere sempre più fragile e vulnerabile la tutela ed il sostegno dei propri professionisti e il rapporto con le Istituzioni e la po-



litica nell'ambito della programmazione, della sostenibilità, della formazione e del rinnovo del Ccnl. Fino alla prossima rilevazione le rappresentanze Cimo e Fesmed continueranno ad essere entrambe presenti e distintamente ammesse alle trattative, ma sarà **unica la loro piattaforma di proposte e identica la posizione negoziale**. La prima azione congiunta significativa ha riguardato la **non firma del preaccordo per il rinnovo del Ccnl** per denunciare l'esiguo incremento salariale dopo dieci anni di attesa ed una parte normativa peggiorativa con gravi ricadute su sicurezza e qualità delle cure per i pazienti e i professionisti. In discussione ci sono anche la **libera professione e le liste d'attesa, le aggressioni, il disagio lavorativo legato alla gravissima carenza di personale e l'autonomia differenziata** con la quale corriamo il rischio di creare 21 contratti diversi.

Un particolare e forte impegno sarà rivolto alla carenza dei medici specialisti, come frenare la fuga di chi preferisce lavorare all'estero e alla disaffezione crescente nei confronti di alcune aree, come la chirurgia, l'emergenza o l'ostetricia. Chiederemo ai Ministeri competenti, in collaborazione con le società scientifiche, di rivedere e integrare i percorsi formativi dal corso di laurea alla specialità e promuovere una adeguata programmazione del numero di borse di specializzazione per ridurre il disagio che cresce ogni giorno dentro gli ospedali.

Il fine è 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. La Federazione Cimo - Fesmed deve rappresentare il nuovo modello di sindacato volto a promuovere e tutelare i medici del Ssn in analogia alle politiche dei paesi europei più avanzati.