

AOGOI

Organo Ufficiale dell'Associazione
Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

- 7 Allattamento al seno
Come garantirlo e mantenerlo
in caso di ricovero ospedaliero
- 22 Raccomandazioni di buona pratica clinica
L'assistenza al parto nelle donne
precesarizzate
- 28 Libri / The Icepick Surgeon
Storie di scienziati spregiudicati

Gyneco Aogoi

NUMERO 5 - 2021 - BIMESTRALE - ANNO XXXII

**VACCINO
ANTI COVID-19
RACCOMANDATO
IN GRAVIDANZA
E DURANTE
L'ALLATTAMENTO**

**LA CIRCOLARE
DEL MINISTERO
DELLA SALUTE**

UN' INIEZIONE DI FIDUCIA

AL CENTRO DELLA RIVISTA

**IL PROGRAMMA
DEL CONGRESSO
SIGO A SORRENTO**
12 - 15 DICEMBRE

PROFESSIONE



CHE COS'È SLOW MEDICINE

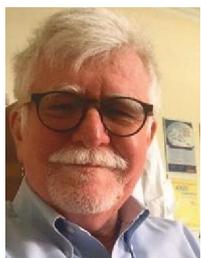
SLOW MEDICINE (SM)^{1,2} è una associazione di professionisti e di cittadini fondata in Italia nel 2011, che promuove una medicina sobria, rispettosa e giusta. *Sobria*, perché agisce con moderazione, gradualità e senza sprechi e riconosce che in medicina non sempre fare di più significa fare meglio; *rispettosa*, perché è attenta alla dignità della persona e al rispetto dei suoi valori; *giusta*, perché impegnata a garantire cure appropriate e di buona qualità per tutti.

VA PRECISATO CHE il termine "slow" non è sinonimo di medicina lenta, ma richiama il concetto di medicina riflessiva, ponderata, che lascia il tempo al pensiero, al ragionamento e al giudizio. "Slow" non si riferisce alla lentezza misurata attraverso il trascorrere del tempo, si tratta di un concetto qualitativo non quantitativo.

Affrontare la vita, oltre che la salute, in modo slow è un accorgimento che ci può aiutare ad acuire la percezione di ciò che ci circonda, comprendere l'interdipendenza degli eventi, cogliere le opportunità del momento e riflettere sui significati delle nostre azioni senza farci sopraffare dall'ansia del tempo che ci sfugge e dalla inderogabile necessità di dover fare in fretta sempre più cose.

SM, inoltre, raccomanda di affiancare all'approccio biomedico, centrato sugli aspetti biologici della malattia, sulla specializzazione e sulla tecnologia, una visione sistemica dei problemi caratterizzata dall'interdisciplinarietà, dalla pluralità dei linguaggi, dall'integrazione dei saperi delle scienze biologiche, umanistiche e sociali. Un approccio che richiede una profonda trasformazione nelle modalità di organizzazione e di gestione delle cure.

FIN DAL PRIMO WORKSHOP tenuto nel castello di Ferrara nel giugno 2011, SM ha individuato tra i principali obiettivi della cura del paziente acuto e cronico quello di migliorare l'appropriatezza clinica, riducendo in particolare il sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche e restituendo valore alla visita del paziente, all'esame obiettivo, alla raccolta dell'anamnesi e al suo ascolto.



CLAUDIO CRESCINI
Vicepresidente Aogoi



SANDRA VENERO
Presidente Slow Medicine



ANTONIO BONALDI
Past president Slow Medicine

Slow Medicine e il progetto Choosing Wisely

Anche in ostetricia fare di più non significa fare meglio

Choosing Wisely Italy - Fare di più non significa fare meglio

Il primo e più impegnativo progetto di Slow Medicine, reso operativo nel 2012, è stato "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy"^{3,4}, che ha dato l'avvio, nel nostro Paese, alla costituzione di una rete di società medico-scientifiche e di associazioni professionali impegnate nell'individuazione e nella pubblicizzazione di raccomandazioni relative a pratiche professionali "a rischio di inappropriatazza" (Top five). Vale a dire di pratiche di uso corrente, spesso non necessarie e talvolta dannose, delle quali i professionisti ed i loro pazienti devono parlare, per giungere a scelte informate e consapevoli. Si tratta di esami, trattamenti e procedure che:

- sono effettuati molto comunemente in Italia;
- non apportano benefici significativi, secondo prove scientifiche di efficacia, alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti;
- possono esporre i pazienti al rischio di subire effetti dannosi.

Come è infatti emerso con sempre maggior chiarezza dalla letteratura scientifica⁵, la prescrizione di esami diagnostici e di trattamenti inutili non rappresenta solo uno spreco, ma si configura come un vero e proprio errore clinico che può dan-

neggiare i pazienti. Ciò a causa dell'esposizione a radiazioni ionizzanti, delle complicanze associate alle procedure invasive e degli effetti collaterali dei farmaci, ma anche in relazione ai problemi correlati alla sovradiagnosi⁶. Un fenomeno ampiamente descritto in letteratura che consiste nell'individuazione di patologie che non si sarebbero mai manifestate ma che a causa del loro riconoscimento devono essere trattate, esponendo inutilmente i pazienti agli effetti collaterali delle cure.

Si aggiungono poi i danni all'ambiente e all'ecosistema. Il settore sanitario contribuisce per il 4-5% alla produzione totale di gas serra e tra le principali misure da adottare per il loro contenimento, Oms e Ocse hanno indicato proprio la riduzione dell'*overuse* di prestazioni sanitarie.

Spetta dunque ai medici e agli altri professionisti affrontare in prima persona la questione dell'appropriatezza clinica nelle sue diverse componenti. Il progetto ha preso lo spunto dal movimento statunitense "Choosing Wisely (CW)"^{7,8}, promosso nello stesso anno dalla Fondazione dei medici internisti statunitensi ("ABIM Foundation") e dalla rivista per i cittadini "Consumer report". Negli anni successivi anche in altri Paesi del mondo sono nati movimenti con finalità analoghe: si è costituita così la rete CW International, coordinata dal Canada, che ha organizzato ogni anno,

DIGIUNO DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO

Pratica indicata a rischio di inappropriatazza dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

Tradizionalmente durante il travaglio di parto alle donne non è consentito assumere liquidi né alimenti e viene loro indicato il digiuno e il proibito di bere. Oltre a provocare un disagio, il rischio di questa pratica è anche quello di non sostenere adeguatamente l'organismo in un momento in cui le richieste energetiche sono intense per il travaglio in corso.

In donne a basso rischio di complicazioni non ci sono prove sufficienti per dare raccomandazioni di rispetto alla nutrizione. In questi casi, se la donna lo richiede ed è in grado di assumersi, può prendere liquidi, come acqua, succo di mela, tè, caffè o alimenti leggeri, come ghiaccioli, marmellate, gelatine di frutta e gelato alla frutta.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

L'indicazione all'astensione da alimenti solidi e liquidi durante il travaglio trova spiegazione nel rischio della sindrome di Mendelson, una polmonite di origine chimica causata dall'aspirazione del succo gastrico durante un'anestesia generale, a seguito della soppressione del riflesso faringeo. Il conseguente danno polmonare grave può causare anche la morte. Nello specifico nella donna in gravidanza gli ormoni gravidici portano a un rallentamento nello svuotamento dello stomaco, ponendola

particolarmente a rischio nei confronti di questa sindrome nel caso che sia necessario ricorrere a un'anestesia generale. Tuttavia, dagli anni in cui è stata descritta la sindrome a oggi le pratiche anestesieologiche in ostetricia sono molto cambiate: di solito viene utilizzata l'anestesia peridurale o spinale, raramente e rari l'uso di un'anestesia generale. Ci sono inoltre farmaci per il controllo dello svuotamento dello stomaco e tecniche di protezione delle vie aeree.

Gli studi che hanno confrontato i casi in

cui era applicata la restrizione rispetto all'alimentazione non hanno evidenziato differenze negli esiti neonatali, né sono emersi effetti dannosi che giustificano il divieto assoluto di bere e mangiare. In una revisione sugli studi clinici sulla restrizione di liquidi e solidi durante il travaglio gli autori hanno concluso che per le donne a basso rischio di complicazioni (rischio basso di dover ricorrere ad anestesia) le prove non mostrano beneficio o danno e che non vi è giustificazione a questa indicazione. Naturalmente non sempre la donna in travaglio desidera assumere alimenti o liquidi in quanto talvolta è presente nausea e vomito. In questi casi l'alimentazione avverrà subito dopo il parto.

PERCHÉ SERVE ALIMENTARSI

Le contrazioni uterine, il dolore, la perdita di liquidi collegata alla sudorazione e al respiro affannoso durante il travaglio di parto comportano un alto dispendio energetico da parte dell'organismo. Inoltre un digiuno prolungato può essere causa di chetosi (l'organismo produce energia bruciando i grassi) e i succhi gastrici possono diventare maggiormente pericolosi in caso di inalazione. Il digiuno può avere effetti anche a livello psicologico sul benessere della donna e diventare possibile fonte di disagio e sofferenza. Per tutti questi motivi impedire l'assunzione di alimenti e liquidi rischia di essere una pratica inappropriata.

ALIMENTAZIONE IN GRAVIDANZA: I CONSIGLI DI ALTROCONSUMO



La donna durante la gravidanza non deve "mangiare per due", l'aumento del fabbisogno calorico quotidiano è di circa 300 calorie l'equivalente di cappuccino e briciole.

Vanno incluse nell'alimentazione quotidiana abbondanti quantità di frutta e verdura (a lavare accuratamente prima del consumo), che sono anche un'ottima fonte di fibre, insieme a cereali integrali, carboidrati complessi (come pasta, pane e riso), pesce, carne e legumi per un corretto apporto di proteine, e poi latte, formaggio e yogurt. Le barbabietole sono la fonte più ricca di ferro. Il cardamomo è preferire è l'olio extravergine di oliva.

No ai formaggi a pasta molle a base di latte crudo, con muffe (camembert, brie) e a quelli con venature blu, evitare anche carne cruda e insaccati, frutti di mare crudi, patè, fegato e i suoi derivati.

Limitare dolci e zucchero. Non superare le tre tazzine di caffè al giorno, eliminare superalcolici e fumo. Via libera invece a un bicchiere di vino al pasto principale.

Progetto "Fare di più non significa fare meglio"
www.slowmedicine.it
www.choosingwiselyitaly.org
www.altroconsumo.it



Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e donne dovrebbero parlare Cinque raccomandazioni dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI)

| | |
|----------|---|
| 1 | <p>Non clampare precocemente (prima di un minuto) il cordone ombelicale (CO).</p> <p>Il clampaggio tardivo del CO (2-3 minuti dopo la nascita) favorisce il passaggio di sangue dalla placenta al feto prevenendo l'anemia e rinforzando le scorte di ferro del neonato, riduce inoltre il rischio di colite necrotizzante. Il clampaggio tardivo risulta vantaggioso anche per i neonati ad alta prematurità (meno di 32 settimane e ne riduce la mortalità).</p> <p>Sulla base dei dati scientifici oggi disponibili non c'è alcuna differenza tra ritardato clampaggio e spremitura del cordone (milking) sugli esiti neonatali.</p> <p>L'unico effetto avverso neonatale segnalato, ma non da tutti gli autori confermato, è il possibile lieve aumento del rischio di peribilirubinemia che richiede la fototerapia. I complessi effetti sul sistema cardiovascolare neonatale del precoce clampaggio del CO a sostegno del ritardo sono analiticamente descritti nel documento congiunto SIN-SIMP-FNOC a cui AOGOI ha partecipato in qualità di revisore.</p> |
| 2 | <p>Non eseguire l'episiotomia di routine, ma solo quando sussistono precise indicazioni cliniche.</p> <p>L'episiotomia veniva eseguita allo scopo di evitare il prolasso genitale, l'incontinenza urinaria e le lacerazioni perineali. Tuttavia studi recenti hanno dimostrato che l'episiotomia eseguita di routine comporta numerosi effetti avversi tra i quali: estensione imprevedibile dell'incisione chirurgica verso l'ano o il retto, restringimento dell'introito vaginale, eccessiva perdita ematica, edema, dolore, infezione, distasi e dispareunia.</p> <p>L'episiotomia può essere indicata in caso di parto operativo vaginale (ventosa o forcipe), quando è necessario accelerare l'espulsione del feto in presenza di distress fetale e quando sono necessarie manovre invasive per risolvere una distocia di spalle.</p> <p>In ogni caso non si deve procedere all'esecuzione di episiotomie mediane perché comportano un maggior rischio di estensione al retto.</p> |
| 3 | <p>Non procedere all'induzione del travaglio di parto prima di 39 settimane + 0 giorni se non vi sono appropriate indicazioni materne o fetali.</p> <p>L'induzione del parto medicalizza un evento fisiologico e può causare alcuni effetti avversi tra cui l'allungamento della fase latente del travaglio e l'aumento della perdita ematica. Pertanto l'induzione è indicata solo quando il proseguimento della gravidanza può comportare un reale pericolo per il feto o per la madre. L'induzione a termine non aumenta il rischio di taglio cesareo.</p> <p>In caso di gravidanza protratta l'induzione non deve essere proposta prima di 41 settimane + 3 giorni bensì entro 42 settimane + 0 giorni (3) o nella gravidanza a termine per oligoidramnios isolato, se AFI (Amniotic Fluid Index) inferiore a 50 mm o tasca massima inferiore a 20 mm, dopo idratazione orale con 2000 ml.</p> |
| 4 | <p>Non programmare il taglio cesareo (TC) di routine (iterativo) in tutte le gravide con un pregresso taglio cesareo.</p> <p>La regola generale "una volta cesareo sempre cesareo" non ha basi scientifiche. Le società scientifiche consigliano l'ammissione al travaglio delle gravide con pregresso taglio cesareo che non abbiano controindicazioni e nei punti nascita in cui sia eseguibile un cesareo di emergenza.</p> <p>Il travaglio di parto espone la gravida con pregresso TC ad un piccolo rischio di rottura d'utero nella sede della cicatrice uterina (questo rischio è stimato in circa 47 casi su 10.000). La mortalità neonatale conseguente alla rottura d'utero è un evento eccezionale nei centri di riferimento (1 caso su 10.000) mentre nei punti nascita non adeguatamente attrezzati può raggiungere 1.000-2.500 casi su 10.000. Le donne precesarizzate che sono ammesse al travaglio di parto hanno un rischio di mortalità minore (3-4.100.000) rispetto alle donne che sono sottoposte a cesareo programmato (13-4.100.000). Il TC iterativo è associato a maggior perdita ematica, maggior rischio di complicanze chirurgiche ed anomale della placentazione nelle future gravidanze.</p> <p>Sostanzialmente gli studi disponibili ritengono che sia vantaggioso ammettere al parto vaginale le donne precesarizzate a condizione che vengano rispettati i criteri di selezione e che il punto nascita sia attrezzato per affrontare in sicurezza un TC in emergenza.</p> |
| 5 | <p>Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.</p> <p>Tradizionalmente durante il travaglio di parto non è consentito assumere liquidi o alimenti in quanto si ritiene che in caso di ricorso all'anestesia generale il contenuto gastrico possa aumentare il rischio di sindrome di Mendelson (polmonite chimica causata da aspirazione di succo gastrico durante l'anestesia), la cui incidenza in corso di TC è stimata in 15-10.000. Gli Studi Clinici Randomizzati (RCT) che hanno confrontato restrizione vs alimentazione non hanno evidenziato differenze negli esiti neonatali, né sono emersi effetti dannosi, compresa la Sindrome di Mendelson, che giustificano tale restrizione.</p> <p>Anche l'assunzione di una quantità di carboidrati pari a 10 cucchiaini di zucchero non ha effetti negativi. Pertanto, soprattutto per le donne a basso rischio di complicanze ostetriche, non vi è alcun valido motivo di mantenere a digiuno durante il travaglio.</p> |

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica, è necessario rivolgersi al medico curante.

Ottobre 2019

dal 2014 in poi, incontri internazionali a cui Slow Medicine ha sempre partecipato. Il movimento CW è oggi attivo e presente in 25 paesi del mondo, su 5 continenti.

Come quello statunitense, anche il movimento italiano ha visto la partecipazione di numerose società scientifiche: a tutt'oggi, le società scientifiche e le associazioni professionali di medici, infermieri, farmacisti e fisioterapisti entrate a far parte della sua rete sono circa 50 e le raccoman-

dazioni definite sono 265⁹. Si sono associati come partner del progetto: Fnoceo, Fnopi, Asi, Snr, l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, PartecipaSalute, Altroconsumo, la Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano, Zadig.

Oltre che nel sito CW Italy e nella App, le raccomandazioni CW Italy sono pubblicate tra le Buone Pratiche clinico-assistenziali nel Sistema Nazionale Linee Guida-Snlg dell'Istituto Superiore

di Sanità¹⁰, e, nella versione inglese, nel supporto decisionale internazionale per medici DynaMed¹¹. La collaborazione con Altroconsumo ha permesso di mettere a punto circa 30 schede informative per i cittadini redatte a partire dalle raccomandazioni in collaborazione con i professionisti¹². Ora la maggiore sfida è rappresentata dalla diffusione e dall'implementazione delle raccomandazioni.

SEGUE

“ La prescrizione di esami diagnostici e di trattamenti inutili non rappresenta solo uno spreco, ma si configura come un vero e proprio errore clinico che può danneggiare i pazienti

TAGLIO CESAREO DI ROUTINE DOPO IL PRIMO

Pratica indicata a rischio di inappropriatezza dall'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani

In Italia una donna su tre partorisce con taglio cesareo, con una notevole variabilità tra le regioni (dal 20 per cento in Valle d'Aosta al 56 per cento in Campania). Nel complesso il nostro paese ha uno dei tassi di parto con taglio cesareo più alti d'Europa, specialmente se confrontato con quello dei paesi del Nord, come Islanda, Finlandia, Svezia e Norvegia, dove viene alla luce con un cesareo solo il 15-17 per cento dei nati vivi.

In particolare, la stragrande maggioranza delle donne che hanno già avuto un cesareo è sottoposta a un altro cesareo alla gravidanza successiva. Se prendiamo in considerazione solo i parti in donne che avevano avuto un precedente taglio cesareo, in Italia la percentuale di parti vaginali, nel 2016, è stata appena del 12,7 per cento in media tra punti nascita pubblici (13,8 per cento) e case di cura private accreditate (7,7 per cento). Quella del cesareo da ripetere, che molti sono convinti essere una regola, non ha però in realtà basi scientifiche. Si tratta di una pratica a rischio di inappropriatezza in assenza di controindicazioni specifiche. Le società scientifiche consigliano per chi ha già avuto un cesareo la possibilità di fare il travaglio (e quindi il parto naturale), con l'importante raccomandazione che siano assistite nei punti nascita in cui sia eseguibile un cesareo di emergenza.

CAPIAMO INSIEME PERCHÉ

Come tutti gli interventi chirurgici, seppure sicuro nell'agran parte dei casi, il taglio cesareo può avere complicanze a breve e lungo termine maggiori rispetto al parto per via vaginale: sia sulla mamma sia sul bambino. Rappresenta un evento più invasivo e complesso rispetto al parto vaginale e studi scientifici indicano che tagli cesarei ripetuti aumentano i rischi per la salute della donna.

La degenza in ospedale è più lunga, aumenta il tempo richiesto per tornare alla vita



quotidiana, la perdita di sangue è maggiore. Inoltre possono presentarsi più dolori e stanchezza, può esserci un rischio di infezioni della ferita e di tromboembolia, maggiori difficoltà nell'allattamento al seno e nelle gravidanze successive. Vi sono poi indicazioni sui possibili svantaggi per la salute del bambino collegati al cesareo. Il taglio cesareo ripetuto è associato a maggior rischio di complicanze e anomale della formazione della placenta nelle gravidanze future.

QUANDO DEVE ESSERE CONSIDERATO

Il taglio cesareo oggi è indispensabile nelle donne che hanno già avuto un cesareo quando il parto vaginale presenta rischi superiori a quelli di un cesareo ripetuto.

- Se non c'è la possibilità di effettuare un eventuale cesareo in emergenza.
- Se la placenta è previa.
- Se c'è stata una progressiva rottura dell'utero o incisioni e cicatrici uterine per interventi ginecologici come l'asportazione di una fibroma, o se la paziente ha avuto tre o più tagli cesarei precedenti. Se si sono avuti due tagli cesarei precedenti, l'accesso al parto per via vaginale richiede un'attenta valutazione dei rischi.
- Molti sono i fattori da prendere in considerazione con il ginecologo curante tra cui il tempo passato dal precedente cesareo, l'età della donna e il suo peso, l'età gestazionale, la storia delle gravidanze precedenti, il peso del bambino superiore ai 4 kg e altri aspetti ancora.

Progetto "Fare di più non significa fare meglio"
www.slowmedicine.it
www.choosingwiselyitaly.org
www.altroconsumo.it

LE PRECAUZIONI IMPORTANTI DA PRENDERE DURANTE IL PARTO



In assenza di controindicazioni, anche nelle donne che hanno avuto un precedente parto cesareo è possibile optare per il parto vaginale, da svolgersi però in centri adeguati per ridurre possibili rischi, anche gravi, per mamma e bambino.

- Bisogna considerare che in caso di precedente taglio cesareo il travaglio di parto nelle gravidanze sequenti può comportare un aumento - seppure piccolo - rischio di rottura dell'utero (circa 47 casi su 10.000, con possibili conseguenze drammatiche per il feto e la madre). Il rischio è in realtà assai variabile: molto dipende dai criteri di ammissione al travaglio di parto e dalla capacità del personale di intervenire al minimo sospetto di iniziale rottura d'utero.
- Le donne devono quindi essere sottoposte a una sorveglianza adeguata con monitoraggio elettronico continuo del feto durante il travaglio.
- Inoltre, in caso si renda necessario un parto cesareo in urgenza, per consentire il parto vaginale in una donna con precedente parto cesareo deve essere garantito l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la disponibilità di trasfusioni.

BIBLIOGRAFIA

- Bonaldi A, Vernero S. Slow Medicine: un nuovo paradigma in medicina. *Recenti Prog Med* 2015; 106: 85-91.
- Home - Slow Medicine
- Vernero S. Slow Medicine e il progetto Fare di più non significa fare meglio. *Il radiologo* 2013; 14:41-43.
- Choosing Wisely Italia - Fare di più non significa fare meglio (choosingwiselyitaly.org)
- Grady D, Redberg R.F. Less Is More. How Less Health Care Can Result in Better Health. *Arch Int Med* 2010; 170: 749-750.
- Welch HW, Schwatz LM, Woloshin S. Sovradiagnosi. Come gli sforzi per migliorare la salute possono renderci malati. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2014.
- Cassel CK, Guest JA. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012; 307:1801.
- Choosing Wisely
- Bobbio M, Vernero S. Choosing Wisely, the reason for its success. *Monaldi Archives for Chest Disease* 2019; 89:1104.
- <https://snlg.iss.it/?p=123>
- <https://www.dynamed.com/quality-improvement/choosing-wisely-italy>
- <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazioni-cittadini/>
- <https://choosingwiselyitaly.org/societa/aogoi/>
- <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-citt/taglio-cesareo-di-routine-dopo-il-primo/>
- <https://choosingwiselyitaly.org/raccomandazione-citt/digiuno-durante-il-travaglio-di-parto/>

L'OMS nell'anno 2016 ha pubblicato le 56 Raccomandazioni affidate l'evento nascita sia una esperienza positiva e non solo sicura per madre e neonato. Tra queste 56 raccomandazioni abbiamo iniziato ad analizzare quelle più urgentemente crediamo siano da implementare e considerare nella pratica ostetrica italiana. Abbiamo quindi sottoposto ad un gruppo di medici ostetrici la richiesta di indicare le prime cinque, di una successiva serie, raccomandazioni relative alle cose da non fare nell'assistenza alla nascita perché non supportate da prove di efficacia.

Principali fonti bibliografiche

- Raba H et al Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcome. *Cochrane Database of Syst Rev*, 2012 (8)
- Backes CH et al Placental transfusion strategies in very preterm neonates. *Obstet Gynecol* 2014; 124: 47-56
- Krauger MS et al Delayed cord clamping with and without cord stripping: a prospective randomized trial of preterm neonates. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;123:339-344
- McDonald SJ et al Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 (7)
- Documento congiunto SIN-SIMP-FNOC (a cui AOGOI ha partecipato in qualità di revisore): Raccomandazioni relative per la gestione del clampaggio del f. ilking sul cordone ombelicale nei neonati a termine a pretermine. 2016
- Cochrane L, Gray N, Olsen X, Carml G, Garner P Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review) 2017.
- M.A. Mahabian et al. To cut or not to cut, that is the question: A review of the anatomy, the technique, risks and benefits of an episiotomy. *Clin Anat*. 2017 Apr;30(3):382-392.
- ACOG Practice Bulletin. Episiotomy clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2006;107:507-62.
- WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience 2018.
- Vinckenlaes FP et al. Bishop score and risk of cesarean delivery after induction of labor in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 2005;105:959-967.
- Wood S et al. Does induction of labour increase the risk of cesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*. 2014;121:674-685.
- Induction of labor : Evidence based Clinical Guideline N 9 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists July 2008.
- Rose AC et al. Perinatal outcome of induced oligoamnios at term and post term pregnancy: a systematic review of literature with meta-analysis. *J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;119(2):184-92.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 115 Vaginal birth after previous cesarean. *Obstet Gynecol* 2010
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Best After Previous Cesarean Section. *Obstet Gynecol* No. 45, October 2005.
- Landon MB et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-2589
- Practice guidelines for obstetrical anesthesia. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology* 1999;93:600-611
- Singha M, et al. Restriking oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013
- Scheepers HCJ et al. A double-blind, placebo controlled study on the influence of carbonated solution intake during labour. *BJOG*. 2002;109:178-82

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto "Fare di più non significa fare meglio - Choosing Wisely Italy" in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza in Italia, per raggiungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOCGO, FNOPR, ASI, SNR, ARS Toscana, PartecipaSalute, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità delle prov. aut. di Bolzano, Zadig, Per i Medici ospedali, www.choosingwiselyitaly.org, www.altroconsumo.it

AOGOI (Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani) è l'Associazione scientifica che raccoglie la maggioranza degli ostetrici ospedalieri, della ospedalità privata, del territorio e liberi professionisti italiani. I soci sono circa 5.000 e ogni regione italiana è rappresentata da una sezione regionale. Lo scopo dell'Associazione è quello di promuovere la crescita professionale dei soci, la produzione scientifica, la redazione di linee guida e raccomandazioni, di organizzare meeting e congressi regionali e nazionali, di procurare notizie e notizie di aggiornamento ed inoltre di supportare con tutti i mezzi disponibili non solo i propri soci ma tutto il mondo ostetrico italiano nell'attività clinica quotidiana perché l'evento nascita sia non solo sicuro ma anche un'esperienza positiva. www.aogoi.it/

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

SEGUE DA PAGINA 21

gap tra medici laureati e posti in specializzazione, ma come sopra rappresentato rimane non ancora risolto il problema del basso numero dei laureati in medicina. Anche il numero degli infermieri inoltre è molto sotto soglia, quindi serve un investimento in questo senso; inoltre è stato stanziato un fondo per l'assunzione delle figure degli infermieri di famiglia sul territorio, una nuova figura assistenziale. Quindi è importante la formazione e la gestione delle risorse umane. Ma soprattutto è prioritario, perché questa grande azione di reclutamento di nuove risorse professionali abbia successo, creare opportunità diverse e più interessanti per i nuovi laureati e per gli specialisti perlomeno simili a quelle offerte da altri Paesi Europei, cioè per arrestare il consistente esodo attualmente in atto da parte dei giovani medici italiani ed eventualmente anche attrarre giovani laureati provenienti da Paesi esteri. Prendiamo atto inoltre delle rassicuranti dichiarazioni che il Ministro Speranza ha recentemente rilasciato "sulla necessaria chiusura della stagione dei tagli alla sanità, nella quale ogni euro impiegato non è semplice spesa pubblica ma il più grande investimento sulla qualità della vita delle persone". Siamo certi, conoscendo l'onestà intellettuale del Ministro, che alle parole seguiranno i fatti.

■ **OVE IL QUADRO** epidemiologico dovesse viepiù peggiorare a causa della maggior diffusione delle varianti si dovrà provvedere ad una netta separazione fra ospedali, ambiti di cura e assistenza per pazienti Covid e quelli per pazienti non Covid, intervento reso più agevole dal più basso numero di ricoveri registrati per effetto delle vaccinazioni. Si richiede quindi una netta separazione dei due diversi percorsi che preveda anche la separazione di tutto il personale dedicato e dei relativi servizi ospedalieri. A questo riguardo è davvero paradossale la circostanza che si sta realizzando nel nostro Paese con l'estensione del Green Pass obbligatorio praticamente a tutte le categorie professionali ed in tutti gli ambiti di lavoro con eccezione dei soli Ospedali, che dovrebbero essere luoghi da preservare prioritariamente dai contagi. Gli Ospedali infatti a causa della mancata sospensione dal servizio di quasi tutti i lavoratori non vaccinati (medici, infermieri, altri) per una legge inapplicabile e quindi largamente inapplicata rimangono luoghi ancora a rischio, in cui non infrequentemente si verifica, ancora oggi dopo un anno e mezzo di pandemia, l'esplosione di clusters di contagi. Inoltre i posti letto aggiunti almeno sulla carta in terapia intensiva durante la pandemia (3500), a fine emergenza dovranno essere allocati in spazi appositi e aperti in caso di necessità e nuove emergenze sanitarie, come letti aggiuntivi.

■ **TUTTE LE STRUTTURE** di oncologia medica (degenze ordinarie e day hospital), di cardiologia (degenze cardiologiche e unità di terapie intensive cardiologiche) di ematologia (degenze ordinarie, day hospital, degenze per trapianto di midollo) di Medicina Interna e di area medica in genere per l'assistenza alle malattie croniche, devono rimanere pienamente operative anche a livello ambulatoriale, al fine di svolgere tempestivamente ed efficacemente attività di diagnosi e cura ed anche di garantire la prevenzione terziaria oncologica e cardiovascolare. Va preservata la rete dell'emergenza cardiologica. Le attività di chirurgia oncologica devono essere garantite e devono avere priorità assoluta e bisogna recuperare tutto il progresso degli interventi oncologici non ancora eseguiti e ripristinare nell'immediato la regolarità

delle attività di chirurgia di elezione almeno nelle patologie a più elevato rischio di mortalità. Il concetto è che bisogna predisporre strutture ospedaliere modulari e "duttili" che siano in grado di affrontare l'emergenza infettiva/pandemica senza però penalizzare il resto della popolazione dei pazienti acuti e cronici.

■ **GLI SCREENING** oncologici devono ripartire immediatamente ed a pieno regime in tutte le Regioni. Bisogna con urgenza verificare in ogni singola Regione l'entità degli scostamenti registrati rispetto all'epoca pre-Covid e il livello dei recuperi eventualmente realizzati.

■ **È DA RIFONDARE** completamente la Medicina territoriale attraverso la istituzione di grandi strutture ad hoc ambulatoriali e residenziali, queste si certamente altamente auspicabili, atte a svolgere funzioni attualmente svolte impropriamente dagli ospedali, quali: le attività di screening, di follow up e riabilitazione dei pazienti, di assistenza domiciliare e cure palliative ecc... Tali attività dovranno essere condotte in forme di collaborazione strutturata tra i medici di medicina generale, che saranno dotati di strumenti e personale adeguati e gli specialisti ospedalieri e universitari, collaborazione preceduta dalla istituzione di tavoli per proposte operative con idee bottom-up ed anche con le organizzazioni no profit del settore.

■ **ATTIVAZIONE E DIFFUSIONE** su tutto il territorio nazionale di programmi avanzati e strutturati di telemedicina con previsione dei costi di sviluppo e gestione ed emanazione di norme specifiche che li regolino, anche a tutela dei medici coinvolti in queste attività. Tali programmi sono da sviluppare sia in ambito ospedaliero che a livello della medicina del territorio ma non potranno prescindere dalla periodica osservazione in presenza dei pazienti da parte dei medici di medicina generale e degli specialisti.

■ **AVVIARE PROCEDURE** velocissime di acquisizione di nuovi ulteriori ingenti fondi per la Sanità, immediatamente fruibili che compensino anche se parzialmente il gap attualmente esistente con gli altri Paesi europei e mettano in grado il nostro Paese di affrontare l'emergenza in atto ed il nuovo sviluppo della Sanità nazionale. Importante sarà appianare le differenze tuttora esistenti nel regime assistenziale tra Nord e Sud, per permettere la crescita dell'intero Ssn. È evidente infatti che in una situazione del genere le Regioni del Sud risultino più svantaggiate e non possano offrire servizi adeguati ai pazienti. Il Pnrr è importante ma il finanziamento stabile e adeguato a lungo termine per le spese correnti è la sfida per il futuro.

■ **IL PRIMO OBIETTIVO** nell'immediato è quindi favorire l'immediato ritorno alla normalità con campagne di informazione organizzate a livello istituzionale e dalle organizzazioni no profit che possano tranquillizzare i cittadini sulla sicurezza degli ospedali, totalmente Covid free, insistendo sulla necessità che i pazienti non si limitino al "fai da te", ma seguano scrupolosamente le indicazioni dei medici. Va favorito quindi un accesso e un ritorno al rapporto con lo specialista di tutti i pazienti, soprattutto colpiti da patologie croniche, favorendo la corretta adesione alle terapie. Va avviata una attività straordinaria di informazione e comunicazione per il recupero dei ritardi accumulati negli screening, nelle visite programmate, in quelle di follow-up e negli interventi chirurgici.

PROFESSIONE

SEGUE DA PAGINA 25

Pratiche potenzialmente inappropriate in ostetricia

Una delle ragioni per cui l'ostetricia è la professione sanitaria più difficile, articolata e complessa consiste nel fatto che si occupa di un evento definito naturale o fisiologico che raramente richiede un intervento medico ma quando questo è necessario è peculiare e talvolta imprevisto, urgente e concitato. Inoltre la formazione medica basata sulla capacità di intervenire e quindi di agire sempre, mal si concilia con la paziente osservazione di un fenomeno come quello del parto che spesso richiede solo un sostegno ed un accompagnamento attento e sereno. A ciò si aggiunge il fatto che negli ultimi anni nei Paesi ricchi gli eventi avversi in ostetricia, sebbene rarissimi, non sono più accettati dall'opinione pubblica come inevitabili ma vengono generalmente attribuiti pregiudizialmente ad errori medici. Solo a partire dal XIX secolo l'ostetricia ha iniziato ad applicare le conoscenze scientifiche e poi dagli anni 50 del secolo scorso grazie a Iain Chalmers ad utilizzare i primi studi controllati randomizzati per stabilire cosa fosse realmente efficace e cosa no. La prima edizione di *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* (M. Enkin, M. Keirse, M. Renfrew, J. Neilson) comparve nel 1989 e furono necessari molti anni perché i contenuti fossero condivisi ed applicati anche in Italia. Con il progredire degli studi e delle ricerche si aggiungono sempre maggiori nuove evidenze su ciò che in ostetricia è utile fare e cosa invece è inutile e potenzialmente dannoso. Il tumultuoso e rapido evolvere delle conoscenze basate sugli studi randomizzati crea notevoli difficoltà agli operatori nel mantenere un adeguato e costante grado di aggiornamento professionale gravati come sono da carichi di lavoro che lasciano poco tempo allo studio ed alla valutazione degli esiti delle procedure adottate. È proprio per aiutare il mondo degli operatori dell'ostetricia che Aogoi da sempre come società scientifica si adopera per promuovere tutte le iniziative ed i mezzi di formazione e di aggiornamento necessari. In particolare, nell'ampio spettro degli interventi che sono stati realizzati, si deve ricordare la collaborazione di Aogoi, in corso dal 2018, con il movimento Slow Medicine attraverso il progetto Choosing Wisely che ha condotto alla pubblicazione a ottobre 2019 delle *Cinque raccomandazioni dell'Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (Aogoi)*¹³. In questo documento sono elencate le cinque pratiche (*Top five*) ostetriche che hanno ancora una larga diffusione nei punti nascita italiani ma che si sarebbero dovute abbandonare essendo prive di prove scientifiche di efficacia. Non solo Aogoi ha prodotto la lista delle *Top five* ma anche molte altre società scientifiche lo hanno fatto per i temi di propria competenza.

PER DUE RACCOMANDAZIONI:

■ Non programmare il taglio cesareo (TC) di routine (iterativo) in tutte le gravide con un pregresso taglio cesareo.

■ Non obbligare al digiuno e non proibire l'assunzione di liquidi alle donne in travaglio.

Sono anche state definite, in collaborazione con Altroconsumo, schede per una migliore comunicazione a pazienti e cittadini^{14,15}

Utilizzare procedure, test diagnostici e trattamenti che non hanno prove evidenti di efficacia non solo rappresenta uno spreco di risorse di per sé già limitate ma può esporre inutilmente i pazienti al rischio di complacenze ed effetti avversi.

La strada da percorrere è lunga vuoi per la naturale difficoltà degli esseri umani ad introdurre cambiamenti nel proprio modo abituale di comportamento, vuoi perché molti aspetti dell'ostetricia necessitano ancora di studi approfonditi e di ricerche scientifiche.