

Le cinque pratiche a rischio di inappropriatazza di cui professionisti e pazienti dovrebbero parlare

Associazione Scientifica ANDRIA

Promozione di un'assistenza appropriata in ostetricia, ginecologia e medicina perinatale

1	<p>Non clampare il cordone ombelicale nel primo minuto dalla nascita nei neonati che non necessitano di immediata assistenza.</p> <p>In neonati a termine e pretermine che non richiedono immediate manovre rianimatorie il clampaggio del cordone dovrebbe essere eseguito dopo almeno un minuto o quando il cordone cessa di pulsare. Il clampaggio tardivo aumenta il peso alla nascita e i valori di emoglobina nel neonato. Sono aumentati anche i depositi di ferro fino a 6 mesi dalla nascita.</p>
2	<p>Non utilizzare di routine la cardiocografia (CTG) in continuum in travaglio nelle gravide a basso rischio ipossico.</p> <p>La CTG in continuum in travaglio è utilizzata comunemente in Italia per tutte le gravidanze; dovrebbe invece essere utilizzata l'auscultazione intermittente, fino a che non si evidenzino fattori di rischio ipossico. Secondo validate prove scientifiche d'efficacia il suo utilizzo generalizzato può esporre le pazienti al rischio di subire effetti dannosi, come per esempio l'aumento significativo dei tagli cesarei.</p>
3	<p>Non richiedere di routine esami ematochimici generici, test generici di coagulazione o test specifici di trombofilia (compresi test genetici) prima di prescrivere un contraccettivo estrogeno-progestinico o durante il suo uso.</p> <p>Per la scelta del contraccettivo e l'eventuale esecuzione di esami si raccomanda un'accurata anamnesi personale e familiare, l'offerta di diversi contraccettivi, un counselling di buona qualità, che tenga conto degli aspetti medici ma anche dei bisogni e delle preferenze delle donne e delle coppie. In caso di prescrizione di estrogeno-progestinici si raccomanda la preferenza per un contraccettivo a minor rischio trombotico.</p>
4	<p>Non richiedere la visita ginecologica pelvica o altro esame fisico prima di prescrivere i contraccettivi orali.</p> <p>I contraccettivi ormonali orali sono sicuri, efficaci e ben tollerati dalla maggior parte delle donne. I dati non supportano la necessità di eseguire un esame pelvico o senologico per prescrivere i contraccettivi orali. La contraccezione ormonale può essere prescritta in modo sicuro dopo un'accurata anamnesi e la misurazione della pressione arteriosa.</p>
5	<p>Non programmare induzioni o tagli cesarei elettivi senza indicazione medica prima delle 39+0 settimane di gestazione.</p> <p>La nascita prima delle 39+0 settimane di gestazione è associata a difficoltà di apprendimento e potenzialmente ad aumentata morbilità e mortalità. Devono quindi esserci chiare indicazioni mediche, in base alle condizioni materne e fetali, per decidere di espletare il parto prima delle 39+0 settimane. Un test che confermi la maturità polmonare fetale, in assenza di un'indicazione clinica appropriata, non è indicazione ad espletare il parto.</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.

Come si è giunti alla creazione della lista

L'Associazione Scientifica ANDRIA, secondo le indicazioni di Slow Medicine nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio", ha scelto un certo numero di pratiche, inerenti alla specificità dell'associazione stessa, che avessero principalmente queste caratteristiche: documentata scarsa efficacia, rischio di danni per i pazienti e alta diffusione in Italia. Per ognuna delle pratiche è stato costituito un gruppo di lavoro che ha presentato e poi discusso i risultati nell'ambito del Congresso nazionale del 2014 interamente dedicato al progetto (per atti vedi www.associazioneandria.it) da cui è stata fatta la scelta della lista finale.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 7.2. Clamping of the umbilical cord and placental transfusion. RCOG Sc I Paper No.14, 2009.3. Guidelines on Basic Newborn Resuscitation, World Health Organization 2012.
2	<ol style="list-style-type: none">1. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD 006066.2. David A. Grimes, MD, and Jeffrey F. Peipert, MD, PhD "Electronic Fetal Monitoring as a Public Health Screening Program The Arithmetic of Failure". Obstet Gynecol 2010;116:1397-1400.
3	<ol style="list-style-type: none">1. Istituto Superiore di Sanità: Conferenza nazionale di consenso: Prevenzione delle complicanze trombotiche associate all'uso di estro-progestinici in età riproduttiva. Roma 18-19 settembre 2008.2. OMS: Criteri medici per la contraccezione (Medical eligibility criteria for contraceptive use – fourth edition, 2009).3. EMA: benefits of combined hormonal contraceptives continue to outweigh risks – CHMP endorses PRAC recommendation. Product information to be updated to help women make informed decisions about their choice of contraception (22/11/2013).
4	<ol style="list-style-type: none">1. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice vs evidence. JAMA 2001 May 2;285(17):2232-9.2. Henderson JT, Sawaya GF, Blum M, Stratton L, Harper CC. Pelvic examinations and access to oral hormonal contraception. Obstet Gynecol, 2010 Dec;116(6):1257-64.3. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion no. 534: well-woman visit. Obstet Gynecol. 2012 Aug;120(2Pt1):421-4.
5	<ol style="list-style-type: none">1. Elimination of non-medically indicated (elective) deliveries before 39 weeks gestational age. Main E, Oshiro B, Chagolla B, Bingham D, Dang-Kilduff L, Kowalewski L (California Maternal Quality Care Collaborative). California: March of Dimes; First edition July 2010. California Department of Public Health; Maternal, Child and Adolescent Health Division; Contract No: 08-85012.

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", in analogia all'iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Società Scientifiche e Associazioni professionali sono invitate a individuare ognuna una lista di 5 esami diagnostici o trattamenti, di uso corrente nella pratica clinica, che secondo le conoscenze scientifiche disponibili non apportano benefici significativi ai pazienti ma possono, al contrario, esporli a rischi. Promuovono il progetto anche: FNOM-CeO, IPASVI, SIQuAS-VRQ, Istituto Change di Torino, PartecipaSalute, Inversa Onlus, Altroconsumo, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano e Slow Food Italia. Per ulteriori dettagli: www.slowmedicine.it

L'Associazione Scientifica Andria nasce negli anni novanta dapprima come movimento culturale e successivamente come società scientifica con l'obiettivo di **promuovere un'assistenza appropriata in ostetricia, ginecologia e medicina perinatale**. È costituita da professionisti e associazioni della salute che condividono questi obiettivi e ne fanno parte principalmente ginecologi, ostetriche, ma anche infermiere, psicologhe, neonatologi, ecc. La promozione di una medicina basata sulle evidenze è ciò che principalmente ha caratterizzato Andria fin dalla sua nascita. Dal 2013 Andria è impegnata con Slow Medicine nella promozione di una cura sobria rispettosa e giusta ed in particolare nel progetto "Fare di più non significa fare meglio". Per conoscerci meglio: www.associazioneandria.it