

PROMOZIONE DELLA FISIOLOGIA IN OSTETRICIA

**“making pregnancy safer,
keeping birth normal (OMS)”**

**CONVEGNO NAZIONALE ANDRIA 2002
PERUGIA, 14-15 Ottobre 2002**

RUOLO DI ANDRIA NEL PANORAMA CULTURALE ITALIANO E NELLA PROMOZIONE DEL CAMBIAMENTO

Lucia Bagnoli

Presidente dell'Associazione Scientifica ANDRIA

Assemblea dei Soci, 15 ottobre 2002

Ricordo ai nuovi iscritti che la nostra Associazione nasce da una serie di incontri, tenuti a partire dal 1993, di un gruppo di operatrici ed operatori provenienti da diverse regioni, accomunati dall'interesse verso il cambiamento delle pratiche ospedaliere attinenti alla gravidanza ed alla nascita.

L'occasione fu data dalla chiusura del punto nascita dell'Ospedale di Zevio, uno dei pochi dove fosse possibile partorire naturalmente e dove vi fosse una continua ricerca nell'applicare pratiche assistenziali di efficacia dimostrata. Sembrò, a molti di noi, che fosse in pericolo una cultura, nata negli anni '70 sulla spinta delle richieste femminili, di rispetto delle scelte in tema di assistenza in un momento di massima salute della donna che, troppo spesso, veniva fornita secondo i modelli tecnologici ospedalieri deputati alla patologia.

Questo avveniva proprio nel momento in cui la ricerca scientifica produceva una gran messe di dati che dimostravano che ciò che le donne chiedevano (intimità, rispetto dei propri tempi, scelta delle posizioni più comode, sostegno emotivo...) portava ad esiti migliori, se rapportato alle pratiche abitualmente in uso negli Ospedali tradizionali. Ricordo una lunga stagione di convegni con Murray Enkin in varie città italiane e l'emozione che avevo provato nel leggere la prima edizione di “Effective care in pregnancy and childbirth”⁽¹⁾ del 1989: e lo stupore che, nelle Università, quasi nessuno conoscesse quel testo!

Molti di noi erano già impegnati in processi di cambiamento delle pratiche assistenziali nei luoghi dove lavoravano e sperimentavano la validità della non interferenza nel processo della nascita fisiologica: le donne erano più soddisfatte e i parti aumentavano, le ostetriche e i medici collaboravano in un clima costruttivo e culturalmente stimolante.

Allora abbiamo ritenuto importante mantenere un collegamento permanente tra quanti erano interessati a promuovere il cambiamento in Ostetricia, con l'attenzione alle richieste di "umanizzazione" provenienti dalle donne, sulla base dell'analisi critica della letteratura e sulla ricerca dell'evidenza scientifica disponibile.

Nell'eterogeneità delle pratiche assistenziali in uso nei vari Ospedali si rileva un notevole grado di incertezza tra gli operatori, che rende difficile operare scelte appropriate; l'ospedalizzazione del parto ha portato all'estensione delle procedure utili nella patologia a tutti i casi, nel processo definito di "medicalizzazione". Gli effetti di questo processo non hanno migliorato sensibilmente gli esiti dell'assistenza nei paesi sviluppati, ma hanno prodotto un allarmante aumento progressivo del ricorso al parto cesareo. La scelta delle procedure assistenziali più appropriate a garantire benessere e sicurezza nel processo della nascita può essere affrontata solo con il rigore del metodo scientifico: questa è la filosofia che ci ha guidato fino dall'inizio, in un clima sempre più pesantemente condizionato dall'impostazione "difensiva" assunta dalla medicina moderna.

La nostra Associazione si è formalizzata il 10 Ottobre 1996, col nome di ANDRIA: una delle "Città invisibili" descritte da Italo Calvino, i cui abitanti, sentendosi parte dell'ordine cosmico, considerano attentamente gli effetti che ogni innovazione può portare nel "disegno del cielo" e, "prima di ogni decisione calcolano i rischi e i vantaggi per loro e per l'insieme della città e dei mondi" (2): come per la medicina basata sull'evidenza, che cerca di provare l'efficacia delle procedure, prima della loro applicazione su larga scala. E là dove la scienza non è ancora arrivata ad individuare le procedure appropriate (nelle cosiddette "zone grigie" dell'evidenza), il criterio che ci guida è la scelta della donna, il diritto alla autodeterminazione, il principio di libertà di cura.

Abbiamo cercato di diffondere le informazioni attraverso i nostri Convegni annuali, di cui abbiamo prodotto gli atti; abbiamo organizzato Corsi di formazione pubblici o per le Aziende Sanitarie; abbiamo creato un sito Internet (3) ed un Forum di discussione (4). Nel 2001 ci siamo dotati di un nuovo Statuto, in qualità di Società Scientifica, nel quale riaffermiamo i principi che hanno orientato la nascita dell'Associazione e ci proponiamo come interlocutori per gli Enti interessati a promuovere iniziative che si inquadrino nei fini di ANDRIA: l'Associazione mantiene la sua completa indipendenza nei confronti di organi di governo, aziende pubbliche e private ed organizzazioni sindacali.

La sfida della diffusione delle conoscenze rimane aperta. Tutti noi sperimentiamo ogni giorno la difficoltà di implementare le pratiche assistenziali appropriate nei luoghi dove lavoriamo: ANDRIA ha anche il ruolo di offrirci l'opportunità di incontrarci, scambiarci informazioni, riflettere insieme sul proprio operato. La ricerca scientifica ci dà alcuni suggerimenti: per migliorare la qualità dei processi assistenziali sono utili gli incontri di audit tra gli operatori (5), specie là dove sono presenti operatori motivati - "opinion leaders" - (6); il coinvolgimento dei soggetti utenti dei servizi accelera il processo, specie attraverso i media: questi canali di comunicazione possono avere un ruolo importante nell'influenzare l'utilizzo degli interventi sanitari (7).

L'Associazione è impegnata in questo percorso: il Convegno che si è appena concluso lo ha riconfermato. Per l'anno prossimo contiamo, con l'aiuto di tutti voi, di mantenere fede a tale impegno, organizzando i nostri incontri sui temi che l'Assemblea individuerà come prioritari: a tale scopo, chiediamo il contributo di tutti nel lavoro comune.

Bibliografia

- (1) Chalmers I., Enkin M., Keirse MJNC eds. Effective Care in Pregnancy and Childbirth, Oxford University Press, Oxford 1989
- (2) Calvino I., Le città invisibili. Torino, Einaudi, 1972.
- (3) <http://space.tin.it/salute/pipuzzi/andria.html>
- (4) Indirizzo di posta elettronica Forum di ANDRIA: andria@yahoogroups.com
- (5) Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, numero 3, 2000. Oxford: Update Software.
- (6) Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB, Davis DA, Freemantle N, Harvey EL. Local opinion leaders: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, numero 3, 2000. Oxford: Update Software.
- (7) Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, Domenighetti G, Finer D. Mass media interventions: effects on health services utilisation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, numero 3, 2000. Oxford: Update Software.

ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA SECONDO LE PROVE DI EFFICACIA

Anna Laura Regalia

Clinica Ostetrico Ginecologica, Ospedale S.Gerardo, Monza

Università degli Studi Milano-Bicocca

In breve tempo non è semplice fare un excursus completo sulle evidenze disponibili in letteratura di tutte le procedure d'assistenza in gravidanza.

Ho scelto quindi in questo contesto di allontanarmi dal rigore formale di presentazione di studi, trials, classificazioni di evidenze scientifiche per parlare, oltre di prove di efficacia, di quali sono le ricadute delle nostre scelte. Gli operatori (medici e ostetriche) giocano sicuramente un ruolo importante nel garantire la salute della donna e del bambino, ma con il loro comportamento diffuso di utilizzo a tappeto nella normalità di procedure, esami, interventi medici dimostratisi utili nella patologia attualmente essi giocano anche un ruolo determinante nel condizionare i valori della nostra società.

Fotografia dell'assistenza medica in gravidanza in Italia attraverso una storia "tipo"

Donna di 30 anni, alla prima gravidanza, in buona salute, non portatrice di malattie croniche (cardiopatie, nefropatie, patologie autoimmuni, ecc.), con cicli regolari, riferisce ritardo mestruale e segni di iniziale gravidanza

L'operatore a cui la donna si rivolge per l'assistenza può:

- A) richiedere Gravindex e, se positivo, invitare la donna a farsi vedere alla 7-8 settimana di gestazione
- B) richiedere dosaggio delle BHCG, effettuare ecografia con sonda transvaginale per valutare l'impianto in utero del sacco gestazionale e datare la gravidanza

Quali sono le presumibili ricadute dell'atteggiamento B) sulle opinioni della donna?

⇒ il test di gravidanza della farmacia non è affidabile, ma bisogna effettuare un test più costoso (costo Gravindex € 7, costo dosaggio BHCG € 20)

- **UN ESAME PIU' COSTOSO/ TECNOLOGICO E' PIU' AFFIDABILE**

⇒ la possibilità di avere una gravidanza extrauterina è sempre presente, tanto da dover subire un'ecografia con sonda transvaginale

(la probabilità di gravidanza extra-uterina in assenza di fattori di rischio: 0,8%)

- **UNA PATOLOGIA PUO' ESSERE PRESENTE ANCHE SE UNA DONNA E' IN COMPLETO BENESSERE, QUINDI E' MEGLIO FARE TUTTI I CONTROLLI POSSIBILI**

⇒ la datazione della gravidanza deve essere fatta da una macchina anche se i cicli sono regolari

- **I SEGNALI CHE IL NOSTRO CORPO CI DA' SONO MENO AFFIDABILI DELLE INFORMAZIONI OTTENUTE CON LA TECNOLOGIA**

EVIDENZE DELLA LETTERATURA

- Il dosaggio quantitativo delle B-HCG, in assenza di sintomi, non è predittivo di aborto
- La visualizzazione dell'impianto del sacco gestazionale in utero è utile se effettuato precocemente a 5-6 settimane nelle gravidanze a rischio di impianto extra-uterino (precedente gravidanza extrauterina, donna portatrice di IUD, donna con anamnesi positiva di malattia infiammatoria pelvica)
- L'ecografia del I trimestre riduce il numero di induzioni effettuate per gravidanza oltre il termine

...confermata la gravidanza alla donna vengono prescritti esami ematochimici.....

L'operatore può:

- A) Prescrivere emocromo, glicemia, Toxotest, Rubeotest, VDRL' transaminasi, esame completo urine (totale esami 7)
- B) Prescrivere tutti gli esami esenti da ticket previsti nel decreto Bindi più sideremia, azotemia, creatininemia, uricemia, urinocoltura, bilirubina, HbSAg, HCV, HIV, Herpes, CMV, CPK, Colinesterasi, test di Coombs (totale esami 21)

Quali sono le principali ricadute dell'atteggiamento B) sulle opinioni della donna?

⇒ gli esami previsti nel decreto ministeriali non sono sufficienti tanto che devono essere integrati

- **GLI ESAMI "DELLA MUTUA" NON SONO MAI SUFFICIENTI**
- **LA PRESTAZIONE PRIVATA E' MIGLIORE DI QUELLA PUBBLICA**

⇒ il medico è molto scrupoloso in quanto mi chiede più esami rispetto a quelli esenti ticket

- **UNA PATOLOGIA PUO' ESSERE PRESENTE ANCHE SE UNA DONNA E' IN COMPLETO BENESSERE, QUINDI MEGLIO FARE TUTTI I CONTROLLI POSSIBILI**

⇒ la presenza di probabili falsi positivi nei risultati di laboratorio conferma l'utilità degli esami stessi

- **LA SALUTE NON E' UNO STATUS, MA SI DEFINISCE A POSTERIORI SE GLI ESAMI DI LABORATORIO SONO NORMALI**

EVIDENZE DELLA LETTERATURA

- La concentrazione di emoglobina decresce normalmente in gravidanza dal I al III trimestre.
- Nei Paesi sviluppati non ci sono evidenze sull'utilità della somministrazione preventiva di terapia marziale
- L'iperglicemia basale del I trimestre è sufficiente per far diagnosi di diabete pregestazionale misconosciuto
- Lo screening delle transaminasi è utile per evidenziare in gravidanza epatopatie misconosciute da epatite B e C
- L'ottima possibilità terapeutica giustifica lo screening VDRL per la sifilide, nonostante la bassa prevalenza dell'infezione
- Lo screening per la toxoplasmosi favorisce la prevenzione focalizzando l'attenzione della madre sulle norme comportamentali
- Il dosaggio seriato della toxoplasmosi ha delle ricadute controverse sul miglioramento della prognosi neonatale
- Lo screening per HIV deve essere discusso con la donna e raccomandato nei gruppi a rischio, in considerazione delle possibilità terapeutiche per ridurre il rischio di trasmissione verticale
- L'urinocoltura è utile come screening di batteriuria asintomatica nel 2° trimestre per ridurre incidenza di pielonefrite e parto prematuro

...la donna effettua i controlli prenatali periodici...

L'operatore può:

- A) misurare la pressione, richiedere alla donna quanto pesava a casa, sottoporre a visita vaginale la donna solo in presenza di sintomi vaginali, sanguinamenti anomali, reale anamnesi positiva per minaccia di parto prematuro, considerando normali le contrazioni che compaiono sotto stimolo dal 5° mese
- B) misurare la pressione, far pesare la donna in sua presenza, sottoporre la donna tutte le volte a visita vaginale e ecografia

Quali sono le principali ricadute dell'atteggiamento B) sulle opinioni della donna?

⇒ l'aumento ponderale ha una grande importanza in quanto l'operatore vuole verificarlo di persona

**- L'OPERATORE NON CREDE ALLE INFORMAZIONI CHE LA DONNA RIFERISCE
- DAL COMPORTAMENTO ALIMENTARE DELLA DONNA DIPENDE IL BENESSERE DEL FIGLIO**

⇒ lo stato del collo dell'utero può modificarsi anche in completo benessere

**- DURANTE IL CAMBIAMENTO GRAVIDICO IL CORPO NON DEVE MANIFESTARE ALCUN SINTOMO
- UNA PATOLOGIA PUO' ESSERE PRESENTE ANCHE SE UNA DONNA E' IN COMPLETO BENESSERE, QUINDI MEGLIO FARE TUTTI I CONTROLLI POSSIBILI
- LA PRESCRIZIONE FARMACOLOGICA DI BETAMIMETICI PREVENTIVI SCONGIURA LA COMPARSA DI PARTO PREMATURO**

EVIDENZE DELLA LETTERATURA

- Non vi sono evidenze di una correlazione tra contenimento dell'aumento ponderale ed incidenza di preeclampsia
- Non vi sono evidenze di una correlazione tra aumento ponderale e diabete gestazionale
- Vi è un buon grado di consenso nel basare la diagnosi di ipertensione indotta dalla gravidanza solo sulla pressione diastolica
- Non vi sono evidenze che l'esplorazione vaginale eseguita di routine migliori l'esito neonatale
- Non vi sono evidenze che controlli ripetuti (8-11) garantiscano un miglior esito neonatale di controlli contenuti (4)
- La profilassi con beta mimetici per os non è efficace nel ridurre l'incidenza di parto prematuro

.... Alla donna vengono prescritte le ecografie...

L'operatore può:

- A) prescrivere l'ecografia morfologica a 18-20 o 24-26 settimane in funzione delle opinioni della donna sulla eventuale interruzione di gravidanza in presenza di malformazioni maggiori; prescrivere l'ecografia nel 3° trimestre in funzione di eventuali anomalie di crescita uterina per difetto o eccesso
- B) prescrivere l'ecografia almeno a 12, 18-20, 32-34 settimane, ma preferibilmente più spesso, se non addirittura in occasione di tutte le visite

Quali sono le principali ricadute dell'atteggiamento B) sulle opinioni della donna?

⇒ tutte le donne devono effettuare un'ecografia morfologica ad un'epoca gestazionale in cui si può interrompere poi eventualmente la gravidanza

- **LA DIAGNOSI PRENATALE E' UN PROBLEMA MEDICO SANITARIO**
- **TUTTE LE DONNE NON ACCETTANO DI NON AVERE UN FIGLIO SANO**
- **UN COMPORTAMENTO INDIVIDUALE DI UNA DONNA CHE SI DISCOSTI DALLA MEDIA SOCIALE NON E' PREVISTO**

⇒ è importante conoscere al meglio l'anatomia del feto

- **LA CONOSCENZA DELL'ANATOMIA FETALE CONDIZIONA GLI ESITI NEONATALI**
- **LA NASCITA E' PIU' SICURA PERCHE' SI FA PIU' USO DI TECNOLOGIA**
- **CONOSCERE LO STATO DEGLI ORGANI DEL FETO E' UN DIRITTO DEI GENITORI**

⇒ è importante continuare a verificare lo stato di benessere fetale con l'ecografia

- **LA SALUTE NON E' UNO STATUS, MA SI DEFINISCE A POSTERIORI SE GLI ESAMI SONO NORMALI**

EVIDENZE DELLA LETTERATURA

- Lo screening ecografico di routine prima della 24° settimana gestazionale favorisce una diagnosi precoce di gravidanza gemellare ma non ha dimostrato avere un importante impatto positivo sull'esito delle gravidanze stesse.
- Lo screening ecografico di routine prima della 24° settimana gestazionale è associato a una riduzione del numero di induzioni del travaglio di parto per gravidanza oltre il termine.

- Lo screening ecografico di routine prima della 24^o settimana gestazionale riduce la mortalità perinatale laddove la diagnosi di malformazioni è un obiettivo importante, c'è un alto livello di esperienza degli ecografisti e l'interruzione di gravidanza per malformazioni fetali è ampiamente accettata nella popolazione studiata.
- Lo screening ecografico di routine nel primo trimestre per l'aumento della translucenza nucale, anomalie fetali, o entrambe, non è ancora stato valutato in studi controllati.
- La percentuale di diagnosi di malformazioni fetali con lo screening ecografico è in funzione dell'apparato malformato, con percentuali di diagnosi generalmente più elevate nelle anomalie del sistema nervoso centrale, e percentuali di diagnosi più basse per le malformazioni scheletriche e cardiache. Tale diversità si conferma anche nelle valutazioni del secondo e terzo trimestre.
- L'ecografia di routine nel terzo trimestre non dà evidenti benefici alla madre o al feto, ad eccezione della valutazione dell'aspetto placentare che può, in aggiunta alla biometria fetale, contribuire a ridurre la mortalità perinatale.

Il comportamento degli operatori italiani (medici e ostetriche abbastanza indifferentemente) nell'assistenza alla gravidanza è sicuramente più rappresentato nelle scelte sintetizzate nei paragrafi B) rispetto a quanto riportato nei paragrafi A) che sintetizzano quali sono le scelte più vicine a quali sono le attuali evidenze della letteratura in tema di assistenza in gravidanza.

Sintetizzando ulteriormente quanto già schematizzato precedentemente possiamo evidenziare quali siano i valori ricorrenti mutuati dall'attuale assistenza medica in gravidanza:

MEDICALIZZAZIONE DELLA VITA

(la salute non e' uno status, ma si definisce a posteriori se gli esami sono normali ; i segnali che il nostro corpo ci da' sono meno affidabili delle informazioni ottenute con la tecnologia; durante il cambiamento gravidico il corpo non deve manifestare alcun sintomo; una patologia può essere presente anche se una donna è in completo benessere, quindi è meglio fare tutti i controlli possibili)

COLPEVOLIZZAZIONE DELLA MADRE

(l'operatore non crede alle informazioni che la donna riferisce; dal comportamento alimentare della donna dipende il benessere del figlio)

ENFASI DELLA TECNOLOGIA

(un esame piu' costoso/ tecnologico e' piu' affidabile; gli esami della mutua non sono mai sufficienti; la prestazione privata e' migliore di quella pubblica)

OMOGENEIZZAZIONE DEI COMPORAMENTI SOCIALI

(la diagnosi prenatale e' un problema medico sanitario; tutte le donne non accettano di non avere un figlio sano)

LA SICUREZZA DIPENDE DALLA MEDICINA

(la prescrizione farmacologica di betamimetici preventivi scongiura la comparsa di parto prematuro; la conoscenza dell'anatomia fetale condiziona gli esiti neonatali; la nascita e' piu' sicura perche' si fa piu' uso di tecnologia)

Sperare che gli operatori che assistono la donna in gravidanza eroghino la propria assistenza secondo quanto si è dimostrato utile dalle prove di efficacia disponibili in letteratura è sicuramente utopistico. Interessi economici, paure medico-legali, abitudine, preoccupazione del giudizio dei colleghi frenano molti operatori dal comportarsi come dovrebbero/ vorrebbero. Forse il rendersi conto di come anche le nostre piccole scelte quotidiane abbiano ricadute molto importanti sui valori propri della nostra società, può essere un utile incentivo al cambiamento almeno per quanti tra noi sono critici sull'attuale cultura della nascita in Italia.

FONTI BIBLIOGRAFICHE ESSENZIALI

Clinical Evidence. Edizione italiana 1:2001

Enkin M. et al "Effective care in Pregnancy and Childbirth" Oxford University Press 1995

The Cochrane Library. Oxford Update Software 2002

<http://www.saperidoc.it>

COMUNICARE, INFORMARE, SCEGLIERE: "LE PAROLE PER DIRLO"

Valeria Dubini

U.O. Ginecologia e Ostetricia- ASL 4 Prato

Può apparire una semplice banalità la considerazione che qualsiasi relazione terapeutica passa non soltanto attraverso le capacità di diagnosi e cura, ma anche attraverso la capacità di "mettersi in relazione" con chi ci sta davanti, cosa che incrementa la possibilità di comprendere il problema dell'altro, la capacità di fare intendere quello che diciamo e in definitiva una reale possibilità di scegliere insieme.

Eppure, non esiste forse nessun altro settore, nel quale venga data così poco attenzione agli aspetti relazionali e comunicativi, come nel nostro.

Da sempre, nella nostra professione, è l'aspetto tecnico- scientifico ad essere considerato veramente importante: tutti gli altri aspetti vengono messi in secondo piano, considerati subordinati rispetto al resto, in un bisogno di vedere le cose in senso verticale anziché circolare.

A ben vedere questo è anche un modo difensivo, attraverso il quale si cerca di evitare di mettersi in gioco e di dare potere all'altro, trincerandoci appunto dietro il nostro "sapere".

Questo è invece un aspetto innegabilmente integrante della nostra professionalità, rispetto al quale, soprattutto come medici, siamo del tutto carenti e impreparati, sia in termine di informazioni che di formazione vera e propria: nel nostro curriculum di studio sono del tutto assenti gli aspetti di relazione, e a maggior ragione, mai nella valutazione della nostra professionalità successiva, per esempio all'interno di un curriculum, questi aspetti vengono considerati. Le cose vanno molto diversamente se si guarda cosa succede invece nell'industria e nelle aziende private: da molti anni investire in formazione per migliorare i rapporti interpersonali sia tra colleghi che verso l'esterno, viene considerato assolutamente prioritario e remunerativo; questo ci deve fare capire che non solo di compiacenza si tratta, ma che veramente darsi degli strumenti, oggi indispensabili per potere avere un rapporto con il pubblico, costituisce anche un investimento per la nostra professionalità. Un altro mito che deve essere sfatato è che le capacità relazionali siano qualche cosa che fa parte del carattere, in qualche modo innato: come tutti gli aspetti della professione, anche questa è invece una capacità che deve essere appresa, che richiede formazione, anche se, come del resto in molti altri campi, per qualcuno ne può risultare più facile l'apprendimento.

A ben guardare sono proprio i medici, quelli meno "attrezzati" rispetto a queste problematiche: questo significa anche essere meno in grado di far fronte alle nuove richieste di confronto che l'utenza, nel bene e nel male, ci propone. Lo studio della comunicazione in ambito sanitario, è invece prevista nella formazione infermieristica e di altri operatori sanitari: in qualche modo si riconosce la necessità che chi è addetto all'assistenza debba anche sapere come porsi, mentre chi detiene il potere delle conoscenze non abbia bisogno di aggiungere molto altro.

Nel 1991, una revisione della letteratura degli anni 1983-89 effettuata da Wyatt, rilevava come meno dell' 1% degli articoli si riferissero alla relazione medico- paziente. Lo stesso autore, metteva poi in evidenza i vantaggi che una buona relazione comporta: il miglioramento delle capacità diagnostiche del medico, grazie alla capacità di fare esprimere più efficacemente il paziente; l'aumento della soddisfazione del paziente, che si sente maggiormente preso in considerazione con il suo problema; una conseguente migliore osservanza delle prescrizioni terapeutiche e una riduzione delle reazioni controtransferali (inclusi i contenziosi legali); infine, sottolineava l'autore con un certo pragmatismo anglosassone, una maggiore remunerazione per il sanitario ...!

Riflettere su questo aspetto della nostra professione può essere un utile spunto per reinterpretare la nostra attività quotidiana sotto una luce diversa, rivedere i nostri comportamenti, valutare le modifiche possibili.

LA COMUNICAZIONE

Letteralmente comunicare significa "trasmettere, diffondere, propagare, mettere in comune". Molti di questi aspetti ci sono molto utili nella nostra pratica clinica, e continuamente siamo costretti a ricorrere alle nostre personali risorse per poterli mettere in pratica in quello che a noi pare il migliore dei modi.

Un primo trabocchetto è costituito dal fatto che, quando non miri realmente ad aiutare l'altro a chiarire se stesso, ma abbia invece uno scopo ben preciso che da esso prescinde, la comunicazione si trasforma facilmente in "manipolazione": proviamo a domandarci quante volte la nostra comunicazione presenta questo vizio di fondo.

Nel comunicare noi esprimiamo un contenuto verbale, accompagnato da un corteo emozionale, che si esprime attraverso i nostri gesti, il tono muscolare, il tono della voce, lo sguardo, il nostro atteggiamento. Non sempre i due aspetti sono congruenti, ma ciò che maggiormente influisce sull'interlocutore, non è costituito da quello che diciamo, ma da come lo diciamo.

E' il canale "visivo" quello maggiormente utilizzato nell'ascolto, che ne risulta influenzato per un 30%, così come è ben dimostrato che sono i nostri gesti quelli che maggiormente influenzano lo stato d'animo e l'atteggiamento dei nostri interlocutori (55%), seguiti da voce (38%) e solo per ultimo dalle parole (7%).

"Ciò che la parola tace il corpo svela".

E' intuitivo quanto un'incongruenza tra quello che diciamo e come lo diciamo, possa di volta in volta risultare inquietante, irritante, o creare diffidenza in chi ci ascolta. Troppa poca attenzione viene rivolta a questo aspetto, e troppe volte sono i nostri gesti e i nostri modi a creare incertezza o conflittualità con i nostri interlocutori.

Un assioma di fondo è che non è possibile non comunicare: anche i nostri silenzi sono una forma di comunicazione. Nella relazione terapeutica la comunicazione è fondamentale per informare, spiegare, ma anche per capire, curare ed educare.

E' essenziale che ogni volta che ci accingiamo a spiegare o a discutere una questione con le nostre pazienti, ci si ponga il problema anche del modo in cui le stiamo dicendo. Essere in grado poi di interpretare anche l'atteggiamento dei nostri interlocutori, può rilevarsi di grande utilità nella comprensione dei problemi, nella ricerca di soluzioni possibili, nella ricerca di un rapporto paritario che offra la possibilità di scelte "vere" al nostro interlocutore.

LA COMUNICAZIONE IN OSTETRICIA

Se dunque in tutti gli ambiti della medicina è essenziale tenere conto degli aspetti relazionali che intercorrono tra noi e i nostri interlocutori, in ostetricia ci sono poi alcune particolarità di cui non possiamo non tenere conto: innanzi tutto in questo ambito noi ci muoviamo in una situazione di "fisiologia" in oltre il 90% dei casi. Rispondendo al criterio ippocratico di "primum non nocere" dobbiamo domandarci quanto i nostri comportamenti possano creare allarmismi o "patologizzazioni" del tutto ingiustificati. Inoltre, gli strumenti di cui disponiamo ci offrono risposte che non sono sempre così "nette": più spesso ci muoviamo invece in un ambito che potremmo definire di "grigi", in cui cioè non è così chiaro il significato da dare a quello che osserviamo. Pensiamo ad esempio all'uso a tappeto della cardiografia, a determinate osservazioni in ambito ecografico, alla valutazione del benessere fetale: dobbiamo essere consapevoli che la promozione della fisiologia passa anche attraverso i nostri comportamenti di fronte a situazioni che non forniscono informazioni chiare, e che nostra è anche la responsabilità di non turbare un equilibrio che deve il più possibile essere mantenuto e percepito in ambito fisiologico.

Dal momento che ci troviamo in una condizione di "salute", la decisione di trasmettere una condizione di malattia, senza adeguate certezze, è particolarmente grave e impegnativa.

Per fare questo dobbiamo innanzi tutto avere delle solide conoscenze a cui fare riferimento, un'esperienza riflettuta e condivisa con gli altri operatori, la convinzione profonda di un rapporto paritario con chi ci troviamo di fronte, ma anche un'attenzione particolarmente sensibile ai nostri comportamenti.

Un altro punto critico è rappresentato dalla comunicazione tra operatori: una buona comunicazione ed una terminologia condivisa sono presupposti essenziali per garantire una situazione di benessere alle donne che si rivolgono alle nostre strutture, ma anche per affrontare in maniera efficace eventuali urgenze. Nelle linee guida che il RCOG detta per una buona assistenza del travaglio una cattiva comunicazione tra gli operatori è indicata come importante causa di cattiva interpretazione dei dati relativi al benessere fetale e di peggiore outcome neonatale .

In effetti nel mondo anglosassone la questione della comunicazione con le donne è considerata centrale, e non una marginale questione di buone maniere: le già citate linee del RCOG dedicano un intero capitolo al "care of women" in cui si raccomanda che la donna sia al centro del nostro intervento e che sia mantenuto un buon livello di comunicazione tra operatori (ostetriche e medici) con la madre ed il suo partner. Viene indicato come parametro di buona assistenza la capacità di mettere la donna in grado di essere parte integrante del processo di "decision making" che la riguarda, sia attraverso la possibilità di accedere ad informazioni supportate dalla medicina dell'evidenza, sia attraverso l'offerta di informazioni il più possibile esaustive ed obiettive riguardo le possibili scelte.

Negli USA stanno nascendo siti dedicati alle madri in attesa, che forniscono informazioni riguardo a gravidanza e parto allo scopo di aumentare le conoscenze e quindi le capacità di partecipazione delle donne stesse.

Esistono altre possibili interferenze per una buona comunicazione in ostetricia: la medicalizzazione portata avanti in questi anni ha certamente condizionato non solo gli operatori ma anche le stesse donne e i loro partner, per cui è sempre più difficile che abbiano una percezione di fisiologia, andando invece spesso incontro a situazioni di ansia esasperata , con aspettative sull'intervento medico spesso sproporzionate rispetto alle reali possibilità offerte.

Può essere poi difficile instaurare un rapporto a tre, in cui sia coinvolto anche il partner, sempre più spesso in difficoltà a confrontarsi con il dolore della compagna e dunque alla ricerca di "soluzioni " piuttosto che di coinvolgimento e supporto.

Una buona conoscenza e la capacità di gestire le nostre competenze relazionali può inoltre esserci utile in una serie di situazioni critiche, come quando dobbiamo affrontare le controreazioni aggressive della coppia, o quando dobbiamo informare riguardo ad eventi negativi, o ancora quando si tratta di discutere le modalità del parto.

CONCLUSIONI

Credo di avere mostrato quanto sia utile e fondamentale, seppure sottovalutato nel nostro paese l'aspetto che riguarda la relazione in ambito ostetrico. Molto è stato detto riguardo al supporto dell'ostetrica nel corso di travaglio, ma molto poco si è detto riguardo all'atteggiamento degli operatori sanitari e dei medici in particolare, nei momenti in cui debbano prendersi delle decisioni. E' essenziale cominciare a considerare come parte integrante e necessaria delle nostre competenze la capacità di porsi in maniera corretta di fronte alle donne che si rivolgono a noi, e questo richiede da una parte una serie di interventi formativi rivolti a questo scopo, dall'altra momenti collettivi di discussione, in cui i casi clinici vengano rivisti anche in chiave relazionale.

Osservarci, essere disponibili a metterci in gioco e porci domande, avere disponibilità ad imparare dagli errori, costituiscono le prime strategie per migliorare la comunicazione nei nostri reparti: e chissà che rileggendo alcune storie in chiave relazionale non si scopra quanto anche i nostri contenziosi medico-legali possano essere condizionati da situazioni di "cattive capacità relazionali".

DATI NAZIONALI DALLE INDAGINI DELL' I.S.S. SULLA GRAVIDANZA

Serena Donati

Roma

POLITICHE PER LA NASCITA NEL 2000

ANALISI EPIDEMIOLOGICA E ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Valutazione dell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio attraverso indagini epidemiologiche

Nel lontano 1972 Archibald Cochrane scriveva nel suo storico testo: "l'assistenza medica alla donna gravida [...] consiste essenzialmente in una serie di metodi di *depistage* che, per una curiosa combinazione, si sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi tanto utile nelle altre discipline che impiegano metodi analoghi" (Cochrane, 1972).

Da allora la necessità di individuare interventi sanitari appropriati in termini di efficacia ed efficienza per un evento di rilevanza sociale quale la gravidanza ha portato a dibattiti e alla pubblicazione di raccomandazioni e linee guida per l'assistenza ostetrica da parte di singoli ricercatori e di istituzioni a livello regionale, nazionale ed internazionale.

In Europa il processo di formalizzazione dei protocolli di assistenza sanitaria in gravidanza risale agli anni '50. Tali protocolli, caratterizzati da una grande variabilità nella quantità e nella periodicità degli esami, nonostante il continuo e rapido sviluppo della tecnologia inerente la cura prenatale, sono rimasti sorprendentemente quasi ovunque invariati nel tempo. Il numero medio di visite raccomandate in gravidanza in Europa tra il 1979 ed il 1984 era pari a 12 contro le 14 raccomandate dai protocolli del 1920 (WHO, 1985a).

Nel 1985 vennero pubblicate sulla rivista *Lancet* le "Raccomandazioni sulla nascita" prodotte dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (WHO, 1985b). Frutto di un pluriennale lavoro di ricerca e discussione da parte di un gruppo di studio multidisciplinare composto da medici, ostetriche, infermiere, epidemiologi, statistici, amministratori sanitari, psicologi, sociologi, antropologi, economisti ed utenti, le raccomandazioni incontrarono una forte resistenza nell'ambiente medico che continua tutt'oggi a contestarne la scientificità. Esse sostengono l'importanza del sostegno psico-sociale dell'assistenza alla nascita (libero accesso di una persona di fiducia in sala parto, sostegno emozionale dell'équipe di assistenza, ecc.) quale determinante nella riduzione degli esiti negativi; raccomandano la partecipazione della donna alle decisioni sul parto, la possibilità di scegliere la posizione durante travaglio e parto; definiscono ingiustificata l'esecuzione di routine di tricotomia, clistere ed episiotomia; pongono un limite massimo del 15% alla percentuale di cesarei e non considerano necessario ripeterli di routine nelle donne già cesarizzate; raccomandano, infine, la permanenza del neonato sano con la madre e l'immediato allattamento al seno.

Neppure la revisione metanalitica di tutti gli studi clinici randomizzati controllati, pubblicati e non, inerenti l'uso della tecnologia nell'assistenza in gravidanza e nell'assistenza perinatale comparsa nel testo di Chalmers, Enkin e Keirse alla fine degli anni '80 (Chalmers *et al.*, 1989) ha potuto vincere le resistenze dei detrattori delle raccomandazioni OMS benché queste ultime siano state confermate dalle evidenze di epidemiologia clinica ostetrica (Chalmers, 1992).

Le resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia sono state e rimangono molto forti anche in Italia dove la comunicazione tra clinici ed epidemiologi è ancora difficile e troppo spesso conflittuale.

Nonostante gran parte delle gravidanze e delle nascite rappresentino eventi fisiologici, in quasi tutti i paesi con sistemi sanitari sviluppati si è assistito ad un progressivo aumento nella frequenza di

procedure diagnostiche e terapeutiche complesse ed invasive che dovrebbero essere riservate solo alla piccola quota di gravidanze e parti a rischio. Del resto non è mai stata dimostrata una relazione significativa tra l'aumento del numero di controlli medici in gravidanza e la diminuzione del tasso di mortalità perinatale che in Italia ha iniziato il suo *trend* in discesa molto prima dell'avvento dei moderni interventi ostetrici, verosimilmente grazie al generale miglioramento degli standard di vita associati ad una migliore alimentazione, ad un aumento dell'altezza media delle donne, a un minor numero di parti nelle donne giovanissime ed anziane e ad una riduzione del numero medio di figli per donna.

In Italia l'assistenza alla gravidanza viene fornita sia da strutture pubbliche (consultori familiari ed ambulatori territoriali ed ospedalieri) sia dal settore privato; l'assistenza al parto è quasi totalmente prestata presso istituti di ricovero pubblici e privati.

A fronte delle raccomandazioni della Società di Medicina Perinatale, permane un'estrema parcellizzazione dei punti nascita con un'elevata percentuale di ospedali che effettuano meno di 600 parti all'anno, inoltre i neonati a maggior rischio non afferiscono sempre ai punti nascita con elevato volume di attività ostetrica e dotati di strutture adeguate (Di Renzo *et al.*, 1990).

La frequenza del taglio cesareo, molto più alta di quanto raccomandato dall'OMS (WHO, 1985b), rappresenta un primato del nostro paese con forti differenze per area geografica, per punto nascita e tra strutture pubbliche e private.

In nome di una presunta eliminazione totale del "rischio", l'ostetricia ha finito per assumere sempre più le caratteristiche di una pratica medica difensiva: dove più si fa, più ci si ritiene erroneamente protetti da eventuali rischi di natura medico-legale.

Nonostante il recupero del "punto di vista femminile" e della possibilità decisionale per la donna nel rispetto della sua competenza biologica rappresenti una delle strade oggi proposte per limitare il rischio di una eccessiva invasività tecnologica, poche sono, nel nostro paese, le indagini volte a valutare la qualità dell'assistenza ricevuta dalle donne durante la gravidanza, il parto ed il puerperio ed ancor meno quelle interessate a valutare il loro grado di soddisfazione.

Al fine di presentare e discutere gli aspetti qualitativi dell'evento nascita in Italia faremo riferimento a due indagini campionarie condotte nel 1995-96 (Donati *et al.*, 1999) e nel 1999 (dati non pubblicati) dal Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con diversi operatori delle Aziende USL e con la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche.

La prima indagine conoscitiva sui servizi e le procedure utilizzate dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio, realizzata nel 1995-96, si proponeva di valutare: le conoscenze, gli atteggiamenti e i comportamenti delle donne nell'affrontare la gravidanza ed il parto; la disponibilità dei servizi e la loro utilizzazione da parte delle donne; il grado di consapevolezza delle intervistate rispetto alle procedure cui sono state esposte; il loro livello di gradimento rispetto al percorso gravidanza, parto e puerperio e l'influenza di fattori di carattere economico, psico-sociale e medico sul rischio ostetrico e/o neonatale. Lo studio di tipo trasversale ha riguardato un campione probabilistico di 9004 donne residenti in 13 Regioni italiane ed intervistate entro due mesi dal parto. La seconda indagine, realizzata nel 1999, fa parte di un più ampio progetto volto a migliorare la qualità del sostegno, dell'informazione e dell'assistenza alle partorienti da parte delle ostetriche e di altro personale assistenziale di 23 punti nascita dell'intero territorio nazionale. Le allieve ostetriche dei Diplomi Universitari di Ostetricia, opportunamente addestrate, hanno somministrato un totale di 1776 questionari a campioni probabilistici di puerpere al momento della dimissione ospedaliera raccogliendo informazioni sulla qualità percepita rispetto all'assistenza ricevuta durante il ricovero.

Da un punto di vista socio-demografico, in analogia con i valori osservati a livello nazionale rispettivamente nel 1995 (ISTAT, 1998) e nel 1999 (ISTAT, 2000a) la maggior parte delle donne si colloca nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 34 anni con un'età media pari a 29 anni. Il 95% delle intervistate sono coniugate e circa il 50% sono primipare.

Il livello di istruzione del campione dell'indagine del '96 è più basso rispetto a quello del '99 (rispettivamente il 53% contro il 43% delle intervistate ha un titolo pari o inferiore al diploma di scuola media inferiore). Conseguentemente la percentuale di casalinghe, pari al 51% nel campione del '96, è risultata più bassa (41%) in quello del '99. La diversa appartenenza geografica delle

intervistate nelle due indagini spiega il più basso livello di istruzione delle prime le quali risiedono prevalentemente al Sud (66%), il 16% al Centro e il 13% al Nord Italia, mentre le seconde risiedono nel 45% dei casi al Sud, nel 41% al Nord e nel 14% al Centro. La percentuale di donne straniere è risultata rispettivamente pari al 5% e all'1% nei due campioni.

Gravidanza

Rispettivamente il 99,5% ed il 98,8% delle intervistate nelle due indagini ha riferito di essere stato seguito da un operatore sanitario durante la gravidanza analogamente a quanto avviene negli altri paesi dell'Unione Europea (Blondel' 1986). Da notare che nel 1981 le gravidanze assistite da personale sanitario in Italia risultavano essere il 90% (Blondel' 1986).

Gran parte dell'assistenza prenatale in Italia è assicurata dal privato, specie nel Sud. Difatti in entrambe le indagini, il 75% delle intervistate riferisce di essere stata seguita dal ginecologo privato, circa il 15% dal ginecologo ospedaliero, ed il restante 10% dal consultorio familiare e dall'ostetrica mentre meno dell'1% si è rivolto al medico di base.

Il *timing* della prima visita (intesa come primo contatto con un operatore sanitario durante la gravidanza e raccomandata entro il primo trimestre di gestazione) rappresenta, insieme al numero di visite prenatali ed al numero di ecografie, un indicatore di qualità dell'assistenza prenatale. In entrambe le indagini il valore medio e mediano della prima visita è pari al 2° mese, il valore mediano del numero di controlli medici è pari a 9 e quello del numero di ecografie pari rispettivamente a 4 e 5 nei due campioni.

In definitiva la quasi totalità delle donne italiane in gravidanza entra in contatto con un operatore sanitario, come raccomandato, entro il terzo mese di gestazione. Tuttavia, le donne giovani, le pluripare, le meno istruite, le casalinghe e le residenti al Sud continuano a rappresentare i gruppi a maggior rischio di controlli prenatali assenti o tardivi in accordo con quanto riportato in letteratura (Blondel' 1986; Buekens, 1986; Brown, 1988; Buekens, 1990).

Nonostante la quasi totalità delle gravidanze prese in esame non abbiano presentato caratteri di patologia grave, il 69% del primo campione e l'80% del secondo hanno effettuato più di 3 ecografie (numero raccomandato da entrambi i protocolli di assistenza alla gravidanza del Ministero della Sanità in vigore durante la raccolta dei dati) (Ministero della Sanità, 1995; Ministero della Sanità, 1998). Le ecografie eseguite sono in media 5; il 12% delle intervistate nel '96 e il 23% nel '99 riferisce di averne eseguite 8 o più.

Benché l'obiettivo principale di qualsiasi intervento di sanità pubblica sulle tecnologie per la nascita dovrebbe essere quello di garantire cure non invasive alla gran parte delle gravidanze che sono fisiologiche e un'adeguata identificazione e monitoraggio della piccola quota di gravidanze a rischio, da questi dati emerge un problema di crescente sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche in gravidanza. Tutto ciò oltre ad indurre un aumento dei costi, può costituire un possibile incremento del rischio di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie. Inoltre le variazioni nelle pratiche assistenziali per area geografica, caratterizzate da una forte penalizzazione del Sud Italia, sono molto più ampie di quelle giustificabili in base alle differenti caratteristiche della popolazione e alla frequenza di eventi sanitari negativi.

Per quanto riguarda la partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita, nel 1996 la percentuale di donne che non li aveva frequentati era pari al 77% e nel 1999 al 71%. I motivi più frequentemente adottati per la mancata partecipazione sono nell'ordine: la mancanza di tempo (25% e 30% rispettivamente nelle due indagini), il non ritenerlo utile (25% e 40%), ed il non aver trovato una struttura disponibile o non essere state informate circa questa opportunità (16% e 10%). Le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi di preparazione alla nascita sono quelle delle fasce d'età estreme, le meno istruite, le casalinghe, le pluripare e quelle che risiedono al Sud Italia.

Nella prima indagine sono state raccolte informazioni sul consumo di farmaci in gravidanza ed è emerso che il 75% delle intervistate ne aveva fatto uso. Sono risultate ovviamente a maggior rischio le donne con gravidanze patologiche, quelle costrette a letto per oltre una settimana e quelle ricoverate durante la gestazione. Anche l'età maggiore di 30 anni, l'istruzione elevata e l'essersi sottoposte a 4 o più esami ecografici sono fattori associati, in modo statisticamente significativo, al maggior utilizzo di farmaci in gravidanza (Donati *et al.*, 2000).

Le classi di farmaci utilizzate più di frequente sono gli ematologici (51%), i nutrizionali (25%), i tocolitici (20%) ed i farmaci contro la minaccia d'aborto (12%). L'utilizzo di questi ultimi rappresenta un altro esempio di condotta medica che persiste nella pratica clinica nonostante l'evidenza scientifica ne abbia ampiamente dimostrato l'inefficacia. Difatti, nonostante le prime segnalazioni riferite a tale incongruenza nel nostro paese risalgano alla fine degli anni '80 (Chianale et al., 1990; Kasilo *et al.*, 1988; De Vigan *et al.*, 1999), i comportamenti prescrittivi non sembrano aver subito sostanziali modifiche.

Parto

Oltre l'80% delle donne intervistate nel 1999 ha riferito di essersi sentita ben accolta sia al momento del ricovero nel punto nascita che nel reparto ostetrico.

La percentuale di donne che ha riferito che avrebbe preferito partorire a domicilio è stata pari al 6% nell'indagine del '96 ed all'8% in quella del '99.

Per quanto riguarda le modalità di espletamento del parto, il ricorso al taglio cesareo è in consistente aumento nel nostro paese: si è difatti passati dall'11,2% del 1980 (ISTAT, 1980) al 27,9% nel 1996 (ISTAT, 2000b). Il problema dell'eccessivo ricorso al taglio cesareo, che ha portato l'Italia ad occupare il primo posto tra i Paesi europei (Basevi & Cerrone, 1996) superando di molto la soglia del 10-15% che, secondo le raccomandazioni OMS (WHO, 1985a), garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e per il feto (Chalmers, 1992), ripropone la questione della maternità medicalizzata (Livi *et al.*, 1993). Questo eccesso di tagli cesarei in continuo aumento non sembra tenere conto del maggiore rischio di mortalità materna stimato da 2 a 4 volte rispetto a quello ascrivibile al parto per via vaginale (Petitti *et al.*, 1982).

Nelle due indagini conoscitive rispettivamente il 25% ed il 36% dei parti è avvenuto mediante taglio cesareo. Nella seconda indagine l'84% delle intervistate riferisce che, potendo scegliere, avrebbe preferito partorire spontaneamente. Il modello di regressione logistica (Tab. 1) mostra l'effetto corretto delle variabili che sono risultate associate al rischio di partorire con taglio cesareo.

Tabella 1.– Variabili associate al taglio cesareo (modello di regressione logistica*)

Variabile	Modalità	OR**	IC 95%
Corso di preparazione alla nascita	<i>no</i>	1	
	<i>sì, in consultorio</i>	0,60	0,50 – 0,72
	<i>sì, in altra struttura pubblica</i>	0,78	0,64 – 0,96
	<i>sì, in una struttura privata</i>	0,86	0,64 – 1,15
	<i>sì, in una precedente gravidanza</i>	0,75	0,58 – 0,97
Età materna (<i>incremento di rischio per anno</i>)		1,06	1,05 – 1,07
Parità	<i>pluripare</i>	1	
	<i>primipare</i>	2,42	2,13 – 2,75
Assistenza in gravidanza	<i>ginecologo</i>	1	
	<i>consultorio familiare</i>	0,81	0,65 – 1,01
	<i>ostetrica</i>	0,51	0,26 – 1,00
Patologie insorte in gravidanza***	<i>no</i>	1	
	<i>sì</i>	1,34	1,17 – 1,54
Struttura dove è avvenuto il parto	<i>pubblica/convenzionata</i>	1	
	<i>privata</i>	1,93	1,54 – 4;00
Patologie preesistenti la gravidanza ****	<i>no</i>	1	
	<i>sì</i>	2,48	1,21 – 1,82
Area geografica	<i>centro-nord</i>	1	
	<i>sud</i>	1,47	1,31 – 1,66

* sono state escluse dal modello le donne che avevano avuto un precedente taglio cesareo.

** *odds ratio* aggiustati per le variabili elencate nel modello.

*** donne con: diabete, ipertensione, minaccia di parto pretermine e insufficienza placentare (patologie che potrebbero rappresentare un'indicazione al taglio cesareo).

**** donne con: infertilità, sieropositività HIV, amputazione del collo dell'utero, ipertensione, diabete e miopia grave

Dal modello sono state escluse le donne che avevano già subito un precedente taglio cesareo perché nel nostro paese questo rappresenta un'indicazione a ripetere tale procedura nelle successive gravidanze. In accordo con i dati della letteratura internazionale, all'aumentare dell'età materna il rischio di partorire mediante cesareo è maggiore (Gordon *et al.*, 1991). L'aver partecipato ad un corso di preparazione alla nascita, specie se in consultorio familiare, comporta un minor rischio di subire un taglio cesareo (OR=0,60). Al contrario il rischio si raddoppia per le donne alla prima gravidanza e per quelle che hanno partorito in una casa di cura privata. Tenendo conto della minor prevalenza fisiologica di gravidanze a rischio nelle strutture private rispetto alle pubbliche, l'odds ratio pari a 1,9 di partorire mediante cesareo nelle cliniche private assume una valenza ancora maggiore. Infine si conferma la maggiore tendenza al cesareo nelle regioni del Sud Italia (OR=1,47).

La Tabella 2 mostra il modello di regressione logistica relativo all'indagine effettuata nel 1999 e conferma il maggior rischio all'aumentare dell'età materna, in caso la donna sia al primo figlio, nel caso in cui non abbia frequentato un corso di preparazione al parto e nel caso sia residente al Sud Italia.

Tabella 2.– Variabili associate al taglio cesareo – modello di regressione logistica

Variabile	Modalità	OR*	IC 95%
Corso di preparazione alla nascita	<i>no</i>	1	
	<i>sì, in consultorio</i>	0,77	0,57 – 1,05
	<i>sì, in ospedale</i>	0,62	0,45 – 0,86
	<i>sì, in una struttura privata</i>	0,67	0,37 – 1,20
Età materna	<i>< 25 anni</i>	1	
	<i>25-29 anni</i>	1,58	1,15 – 2,18
	<i>30-34 anni</i>	2,08	1,50 – 2,89
	<i>> 34 anni</i>	3,06	2,12 – 4,41
Parità	<i>primipare</i>	1	
	<i>pluripare</i>	0,72	0,58 – 0,89
Assistenza in gravidanza	<i>ginecologo privato</i>	1	
	<i>ginecologo pubblico</i>	1,03	0,77 – 1,38
	<i>ostetrica</i>	0,63	0,36 – 1,08
	<i>consultorio familiare</i>	0,79	0,53 – 1,18
	<i>nessuna</i>	1,18	0,51 – 2,75
Area geografica	<i>nord</i>	1	
	<i>centro</i>	0,80	0,58 – 1,10
	<i>sud</i>	2,39	1,91 – 2,98

* *odds ratio* aggiustati per le variabili elencate nel modello.

Il sostegno informativo ed emozionale, benché fortemente raccomandato dalle evidenze disponibili (WHO, 1985b; Chalmers *et al.*, 1989), non sembra aver determinato sostanziali modificazioni nella pratica ostetrica (Tab. 3). Rispettivamente il 55% ed il 21% delle intervistate nelle due indagini hanno partorito in una struttura che non permetteva l'accesso di una persona di fiducia in sala parto. La migliore percentuale registrata nel 1999 è probabilmente la sommatoria di un miglioramento nella qualità dell'assistenza di alcuni punti nascita e di una maggiore percentuale di donne che hanno partorito al Nord Italia rispetto al campione del 1996, a conferma delle importanti differenze tra le diverse aree geografiche del paese. Oltre il 60% delle neo-mamme ha riferito di non aver potuto scegliere la posizione che avrebbe preferito al momento del parto e di non essere stata consultata riguardo l'effettuazione di procedure quali clistere, tricotomia ed episiotomia. Inoltre il 22% delle donne, che in entrambi i campioni avevano frequentato un corso di preparazione alla nascita, ha affermato che il personale presente in sala parto non le ha aiutate ad applicare quanto avevano appreso durante la gravidanza.

Pratiche e comportamenti diagnostico-terapeutici non convalidati dall'evidenza scientifica, quali l'uso routinario di tricotomia, clistere ed episiotomia (Tab. 3) (WHO, 1985b; Chalmers *et al.*, 1989), permangono in particolar modo nei punti nascita del Sud.

Tabella 3.– Informazioni riguardanti il parto

Variabile	Modalità	Indagine 1995-96 (%)	Indagine 1999 (%)
Accesso in sala parto di una persona di fiducia	<i>no</i>	55	21
Scelta della posizione preferita al parto	<i>no</i>	76	65
Tricotomia	<i>sì</i>	89	non rilevato
Clistere	<i>sì</i>	60	non rilevato
Episiotomia	<i>sì</i>	67	36
Richiesta del parere su queste procedure	<i>no</i>	89	60
Aiuto in sala parto nell'applicare quanto appreso nel corso	<i>no</i>	22	23

Post-partum e puerperio

Benché la soddisfazione espressa dalle donne rispetto all'esperienza della gravidanza, parto e puerperio sia globalmente positiva, tuttavia alcune informazioni emerse dalle indagini sottolineano la necessità di una pratica ostetrica più attenta alle reali esigenze di salute e di assistenza della donna e del bambino. Nella Tabella 4 vengono riassunti alcuni valori percentuali relativi ad aspetti organizzativi dei punti nascita, ad attitudini delle donne e alle loro opportunità di accesso all'informazione durante il ricovero.

Tabella 4.– Informazioni riguardanti il post-partum e il puerperio

Variabile	Modalità	Indagine 1995-96 (%)	Indagine 1999 (%)
Tempo trascorso con il bambino dopo il parto	<i>come desiderato</i>	40	61
Desiderio di avere il bambino sempre in camera	<i>sì</i>	64	54
Desiderio di allattare al seno	<i>sì</i>	93	94
Allattamento al seno durante il ricovero	<i>sì</i>	92	92
Attaccamento al seno dopo il parto	<i>subito</i>	17	31
	<i>dopo poche ore</i>	50	39
	<i>dopo 1 o più giorni</i>	33	30
Collocazione del nido	} <i>hanno favorito l'allattamento al seno</i>	43	39
Orari del nido		40	40
Atteggiamiento degli operatori		58	51
Informazioni sulle cure del bambino per il rientro a casa	<i>no</i>	23	37
Informazioni sulla contraccezione in puerperio	<i>no</i>	40	63
Visite domiciliari in puerperio	<i>ritenute utili</i>	56	72
Conoscenza della legge sulle donne lavoratrici	<i>no</i>	31	27

* i valori percentuali sono stati calcolati sul l'89% del campione perché in 2 punti nascita non esiste nido.

A fronte di un'ottima attitudine rispetto all'allattamento al seno espressa da oltre il 90% delle intervistate, tra le donne che hanno allattato, circa il 30% (specie le residenti al Sud e le donne sottoposte a taglio cesareo) non ha potuto farlo entro 24 ore dal parto benché l'inizio precoce sia un fattore protettivo per la riuscita dell'allattamento al seno prolungato (Chalmers, 1992). Anche la collocazione del nido, i suoi orari di apertura e l'atteggiamiento degli operatori del nido e del reparto hanno favorito l'allattamento al seno, secondo quanto riferito dalle intervistate, in percentuali che non raggiungono il 60%.

Nell'indagine del '99 solo il 57% delle intervistate ha risposto di sentirsi autonoma e sicura nell'allattamento grazie alle informazioni ricevute in ospedale.

Secondo i dati dell'ISTAT del 1994, in Italia il 70% delle donne con bambini di età inferiore ai 5 anni hanno allattato al seno e di queste il 29% per oltre 6 mesi (ISTAT, 1996).

Ulteriori studi condotti nel nostro paese (Manfredi Selvaggi *et al.*, 1995; Conti Nibali *et al.*, 1998; D'Argenio *et al.*, 1998) hanno evidenziato come, benché quasi il 90% delle donne inizi ad allattare dopo il parto, solo il 65% continui oltre la seconda settimana e al compimento del quinto mese di vita del bambino la percentuale di allattamento esclusivo al seno si riduca al 10%. In conclusione, nonostante per i paesi industrializzati sia stato proposto un tasso di allattamento al seno, esclusivo e duraturo, pari al 50% (Freed, 1993), in Italia sembra persistere una carente incentivazione non solo dell'inizio dell'allattamento al seno, ma anche della sua continuazione con conseguente sostegno al reddito mercato dei lattini formulati (Bonati *et al.* 1998).

Nei campioni di donne intervistate il desiderio di avere il bambino sempre in camera durante il ricovero (*rooming-in*) si attesta intorno al 50-60%, tuttavia non tutti i punti nascita offrono l'opportunità della scelta alla donna la quale deve adattarsi agli aspetti strutturali e logistici dell'ospedale. Sul totale dei 23 punti nascita in cui è stata condotta l'indagine nel 1999, due sono privi di nido ed il *rooming-in* è conseguentemente obbligatorio, 13 non lo offrono neppure su richiesta e dei 9 che lo garantiscono 5 lo fanno a tempo determinato. Ancora una volta le donne residenti al Sud sono quelle maggiormente penalizzate nella possibilità di scelta.

Nonostante la degenza media si attesti sui 4-5 giorni, scarsa è l'attività organizzata di informazione e sostegno alle puerpere prima della dimissione, specie per le donne meno istruite, per le più giovani, per quelle alla prima gravidanza e per le residenti al Sud Italia. Rispettivamente un terzo e poco meno della metà delle neo-mamme riferiscono di non aver ricevuto informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino una volta rientrate a casa, e di non essere state informate circa la contraccettione in puerperio.

Circa il 30% riferisce di non conoscere i diritti delle donne lavoratrici in gravidanza, tuttavia la percentuale scende al 10% se si considerano solo le donne che svolgono un lavoro extradomestico.

Nella più "moderna" ottica di una dimissione precoce e di una assistenza domiciliare alle puerpere rispettivamente il 56% ed il 72% delle intervistate riterrrebbe utile usufruire di visite ostetriche a domicilio durante il puerperio benché tale opportunità non sia ancora stata sperimentata dalla maggior parte delle donne italiane.

In conclusione, dall'analisi dell'evoluzione dell'evento nascita attraverso le statistiche ufficiali e dalla valutazione attraverso le indagini epidemiologiche l'assistenza alla gravidanza nel nostro paese è risultata generalmente buona: il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni '80, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti viene assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore ai 2500g si è stabilizzata intorno al 6%. Tuttavia la realtà italiana è risultata anche caratterizzata dal forte ricorso all'assistenza privata (legata spesso all'inadeguatezza delle strutture pubbliche, in modo particolare al Sud), dalla progressiva medicalizzazione dell'evento nascita di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata, dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita, dalla mancanza di continuità nell'assistenza alla nascita e da grande variabilità territoriale (Gori *et al.*, 1991; Di Renzo *et al.*, 1996; ISTAT, 1998; Donati *et al.*, 1999).

A fronte di un generalizzato accesso all'assistenza prenatale, come in molti altri paesi ad economia sviluppata, si registra un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche di non provata evidenza scientifica e che spesso non trovano giustificazione in termini di indicazioni mediche (Chalmers *et al.*, 1989; Chalmers, 1992; Terzian & Regalia, 1992; Grimes, 1993; Di Lallo & Bertolini, 1994; Basevi *et al.*, 1994; Basevi, 1996; ISTAT, 1998; Ministero della Sanità, 1998; Donati *et al.*, 1999). Sarebbe opportuno che tutte le procedure e le tecnologie diagnostiche venissero obbligatoriamente validate mediante *trial* clinici controllati prima della loro applicazione su larga scala. Al momento, solo una piccola parte dei test largamente utilizzati in gravidanza sono stati sottoposti ad un simile controllo e la maggior parte di quelli valutati mediante

trial randomizzati non sono risultati efficaci (Chalmers, 1992). Non andrebbe, inoltre, sottovalutato il rischio iatrogeno di tale uso indiscriminato, in termini di successivi eventi a catena indotti dall'aumento delle false positività dei test di screening, in caso di applicazione indiscriminata a tutte le gravidanze.

Si è inoltre registrata una carenza di informazione e conoscenze tra le donne che vengono ancora troppo spesso escluse dai processi decisionali. La maggiore consapevolezza della donna ed il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita sono condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva con conseguente riduzione dei costi dell'assistenza e maggior soddisfazione delle donne.

Inoltre, l'esclusione delle donne dai processi decisionali può essere all'origine delle ragioni di tutela medico-legale quale determinante dell'eccesso di medicalizzazione della nascita. Difatti le donne e non adeguatamente informate e prive di una relazione interattiva con il medico sono meno disposte a comprendere ed accettare un fallimento e ricorrono più spesso al magistrato e l'ostetricia finisce per assumere le caratteristiche di una pratica difensiva. Negli USA l'elevata frequenza di casi di "responsabilità professionale del medico" sembra essere la principale motivazione dell'incremento del taglio cesareo (Signorelli, 1996).

La mancanza di continuità nell'assistenza rappresenta un altro elemento cruciale. La gran parte dei sistemi ufficiali in Europa vede la gravidanza, il parto ed il periodo successivo alla nascita come tre situazioni cliniche separate che richiedono competenze cliniche diverse gestite da operatori e organizzazioni separate, che troppo spesso non sono in grado di comunicare tra loro.

Alla luce di queste considerazioni sarebbe auspicabile l'attivazione di sistemi di sorveglianza a livello regionale in grado di revisionare i protocolli e monitorare le procedure, gli esiti e il grado di soddisfazione delle partorienti al fine di rendere quanto più possibile omogenei gli interventi dei singoli operatori nei diversi punti nascita dell'intero territorio nazionale. Osservatori regionali, grazie alla valutazione ed al confronto tra le diverse realtà territoriali, potrebbero stimolare il miglioramento della qualità delle prestazioni e delle procedure assistenziali in ambito ostetrico e favorire la diffusione delle raccomandazioni risultate più efficaci, anche alla luce delle consolidate evidenze scientifiche. Una speciale attenzione andrebbe dedicata alle fasce di popolazione caratterizzate da deprivazione sociale, in particolar modo alla popolazione immigrata e nomade, per le quali attualmente le misure essenziali di assistenza non risultano essere adeguatamente garantite.

BIBLIOGRAFIA

Basevi V, Cerrone L (1996), Correlazione fra mortalità perinatale, tassi di taglio cesareo e prodotto interno lordo nelle regioni italiane, 1991. *Epidemiol Prev*, 20, 99-101.

Basevi V, Cerrone L, Gori G (1994), Resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia. Ruolo dei media e medicina di comunità. *Epidemiol Prev*, 18, 194-199.

Blondel B (1986), Antenatal care in the countries of the European Community over the last twenty years. In: Kamisky M, Breart G, Buekens P et al., eds, *Perinatal care delivery system: description and evaluation in European community countries*. Oxford, Oxford Medical Publications, 3-15.

Bonati M, Vivarelli P, Brunetti M (1998), Il costo economico del non allattamento al seno. *Quaderni ACP*, 5, 10-13.

Brown S, ed, (1988), *Prenatal care: reaching mothers, reaching infants*, Washington DC, Institute of Medicine/National Academy Press.

Buekens P (1986), Determinants of prenatal care. In: Kamisky M, Breart G, Buekens P et al., eds, *Perinatal care delivery system: description and evaluation in European community countries*. Oxford, Oxford Medical Publications, 16-25.

Buekens P (1990), Variations in provision and update of antenatal care. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 4, 187-205.

- Chalmers B (1992), WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 99, 709-710.
- Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds (1989), *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press.
- Chianale MP, Gho E, Rovere F, Ostino G, Borga AD, Maggiorotti P et al. (1990), La gravidanza: la prescrizione ed il ricorso ai servizi sanitari. Studio epidemiologico nel territorio delle UU.SS.LL. di Torino. *Giornale Italiano di Farmacia Clinica*, 4, 5-17.
- Cochrane A (1972), *Effectiveness and efficiency*. London, The Nuffield Provincial Hospital Trust. (Trad. it.: *L'inflazione medica*. Milano, Feltrinelli, 1978)
- Conti Nibali S, Castorina N, Pizzimenti G, Salomone L' Siracusano MF (1998), La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Medico e Bambino*, 17, 25-9
- D'Argenio P, Intorcchia M, Palombi E, Clemente M (1998), Troppo presto arriva il biberon. *Occhio Clinico Pediatria*, 2, 20-22.
- De Vigan C, De Walle HE, Cordier S, Goujard J, Knill Jones R, Ayme S, Calzolari E, Bianchi F (1999), Therapeutic drug use during pregnancy: a comparison in four European countries. OECM Working Group. Occupational exposures and congenital anomalies. *J Clin Epidemiol* 52, 977-982.
- Di Lallo D, Bertollini R (1994), L'efficacia in ostetricia. *Epidemiol Prev*, 18, 86-93.
- Di Renzo G, Mandolesi F, Minelli L' Clerici G (1996), Nascere in Italia. *Epidemiol Prev*, 20, 94-95.
- Di Renzo GC, Bevilacqua G, eds (1990), *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza ospedaliera perinatale*. Milano, Società Italiana di Medicina Perinatale.
- Donati S, Baglio G, Spinelli A, Grandolfo ME (2000), Drug use in pregnancy among Italian women. *Eur J Clin Pharmacol* 56, 323-328.
- Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S (1999), L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità*, 35, 289-296.
- Freed GL (1993), Breast-feeding. *JAMA*, 269, 243-245.
- Gordon D, Milberg J, Daling J, Hickok D (1991), Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 77, 493-497.
- Gori G, Stabile T, Scandellari G et al. (1991), Confronto tra due indagini condotte negli ospedali italiani nel 1987 e nel 1990 riguardo ai livelli di applicazione delle raccomandazioni OMS sulla nascita. In: Biscontin S, Rigetti A, eds, *Per una ecologia della nascita*. Atti del Convegno. Pordenone, 1991, 77-104.
- Grimes DA (1993), Technologies follies. The uncritical acceptance of medical innovation. *JAMA*, 269, 3030-3032.
- ISTAT (1980), *Annuario di statistiche demografiche*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (1996), *Stili di vita e condizioni di salute. Indagini multiscopo sulle famiglie. Anni 1993-94. Argomenti 2*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (1998), *Nascita. Caratteristiche sociali e demografiche. Anno 1995. Annuario 4*. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.

- ISTAT (2000a), Popolazione e movimento anagrafico. Anno 1998. Annuario 11. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- ISTAT (2000b), Nascite: caratteristiche demografiche e sociali. Anno 1996. Annuario 5. Roma, Istituto Nazionale di Statistica.
- Kasilo O, Romero M, Bonati M, Tognoni G (1988), Information on drug use in pregnancy from the viewpoint regional drug information centre. *Eur J Clin Pharmacol* 35, 447-453.
- Livi C, Dubini V, Torricelli F (1993), Maternità medicalizzata. In: La salute degli italiani 1993. Roma, La Nuova Scientifica, 51-74.
- Manfredi Selvaggi TM, Tozzi AF, Carrieri MP, Bonkin N et al. (1995), Quanto è praticato oggi l'allattamento al seno in Italia. *Minerva Pediatrica*, 47, 451-455.
- Ministero della Sanità (1995), DM 6/3/95. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 87 del 13/4/95.
- Ministero della Sanità (1998), DM 10/9/98. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 245 del 20/10/98.
- Petitti DB, Cefalo RC, Shapiro S, Whalley P (1982), In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery. *Obstet Gynecol* 59, 6-11.
- Signorelli C (1996), L'incremento dei tagli cesarei in Italia: un problema ostetrico e di sanità pubblica. *Agenzia Sanitaria Italiana*, 30, 10-11.
- Terzian E, Regalia A (1992), Né arte né scienza: stereotipi ed ambiguità dei modelli di assistenza ostetrica. In: Sbisà M, ed, *Come sapere il parto*. Torino, Rosenberg e Sellier, 81-116.
- WHO (1985a), Having a baby in Europe. Report on a study. (Public Health in Europe, 26). Copenhagen, World Health Organization, Regional Office For Europe.
- WHO (1985b), Appropriate technology for birth. *Lancet*, 2, 436-437.

L'OSTETRICA E LA PROMOZIONE DELLA FISIOLOGIA IN GRAVIDANZA

Verena Schmid

Ostetrica

SALUTOGENESI

E' comparsa una nuova parola sul firmamento dell'ostetricia che rende esplicito un concetto rimasto implicito nella promozione della salute, concetto troppo abusato per essere recepito. Contemporaneamente segnala una svolta nell'orientamento dell'assistenza ostetrica. La parola è SALUTOGENESIS. Dopo una lunga gestazione di 20 anni é venuta alla luce, adottata e promossa dal Royal College of Midwives (RCM) inglese, diventata subito una parola d'ordine, un obiettivo da perseguire. Cosa impensabile anche solo un anno fa!

SALUTOGENESI alberga il concetto che la salute non è una condizione data oppure assente, bensì un processo dinamico. *La salute si può creare, mantenere, perdere e ritrovare.* Ci riporta da una proiezione sulla gravidanza e sul parto come rischio e potenziale malattia a una proiezione positiva di salute.

Si parla anche di PARTO SALUTOGENICO esprimendo la possibilità che il parto possa svolgersi in salute, che generi salute, che possa portare un miglioramento nella vita della donna. Mi chiedo se ci porti a un punto di svolta nella rincorsa sempre maggiore a sempre più tecnologia. Se ci riporti alla base.

E' certo che l'attenzione nel mondo accademico torna al parto fisiologico, congressi e articoli convergono sul tema ed eccoci qui a discuterne.

La salute si crea:

Che cos'è la salute? Se ci distacciamo dalle definizioni ufficiali del concetto di salute e lo guardiamo dal punto di vista fisiologico, cioè da come funziona il nostro corpo cambia l'interpretazione. La fisiologia ci insegna che il corpo tende sempre alla sopravvivenza e al benessere (in modo ritmico, non statico), anche quando si ammala. I sintomi di malessere non sono altro che segnali che invitano la persona a cambiare e migliorare l'adattamento a determinate situazioni. I sistemi di adattamento (steady state, attacco e fuga, adattamento primale) sono geneticamente programmati per conservare la vita, per reagire alle situazioni aggressive sia provenienti dall'interno (batteri, virus, ferite ecc.) sia provenienti dall'esterno (ambiente, persone) e sono quindi anche i mediatori fisiologici tra ambiente interno e esterno. In base a questo concetto non possiamo quindi più considerare una donna senza considerarne anche l'ambiente e la qualità delle nostre azioni, che per lei diventano "ambiente".

Fisicamente i sistemi di adattamento lavorano sull'asse ipotalamo - surrenale attraverso ACTH, catecolamine e il sistema nervoso simpatico. Dal punto di vista comportamentale si esprimono attraverso il movimento attivo e le reazioni **istintive** (non ragionate).

Quest'ultimo punto è importante da capire e ci porterà ad ulteriori considerazioni.

Un ulteriore sguardo alla fisiologia ci rivela che tutti i sistemi fisiologici funzionano in modo complementare in una dinamica tra protagonista e antagonista, in un ritmo tra due polarità opposte e in costante comunicazione tra loro. Il ritmo base si muove tra contrazione ed espansione (battito cardiaco, respirazione, sistema nervoso e urovegetativo, adrenalina e endorfine e altri gruppi di ormoni ecc.) I neurotrasmettitori scorrono attraverso tutto il corpo e tra madre e bambino in un costante scambio ed elaborazione di informazioni.

Costituiscono il linguaggio intelligente della comunicazione interna del nostro corpo. Tutti i sistemi fisiologici sono collegati.

Riassumendo possiamo codificare la salute in termini di *movimento attivo, reattività, ritmicità, dinamica tra polarità opposte, relazione e comunicazione.*

Con quali mezzi si crea la salute?

Ci sono tre livelli di attenzione: il corpo, il suo funzionamento fisiologica e la fisiologia come risorsa primaria, endogena, il mondo emozionale e relazionale della donna, l'ambiente attorno alla donna e il suo stile di vita.

I pilastri della salute in gravidanza, in base alla fisiologia applicata, sono i seguenti:

- *una buona dinamica e comunicazione del sistema ormonale*: la produzione ormonale è strettamente legata alle emozioni e agli istinti. Quindi un lavoro relazionale tra ostetrica e donna che dia spazio all'espressione delle emozioni insieme ad un ambiente caldo e protetto che permette l'emergere dell'istintualità sono i principali strumenti per facilitare l'armonia endocrina.
- *una buona dinamica e comunicazione del sistema neurovegetativo*: il sistema simpatico e parasimpatico lavorano in sintonia e in alternanza (es. giorno - notte), in condizione di salute, sono in equilibrio. L'eccesso dell'attività simpatica crea distress, l'eccesso dell'attività parasimpatica crea passività e mancanza di contenimento. In gravidanza tuttavia, ai fini della salute si crea una leggera prevalenza dell'attività parasimpatica, stimolata dagli ormoni, perché la donna si trova in un processo di espansione e l'espansione deve prevalere sulla contrazione. Lo strumento operativo è il lavoro sui ritmi comportamentali e sullo stile di vita. E' importante che la donna impari ad alternare ritmi attivi a ritmi passivi/recettivi e ad approfondire la sua capacità al rilassamento. L'attività parasimpatica può essere stimolata anche attraverso il massaggio, il canto o altre attività creative. Il parasimpatico è chiamato anche il guaritore interiore.
- *una buona dinamica e comunicazione fetoplacentare (tra mamma e bambino)*: Lo scambio feto-materno, come sappiamo, è fondamentale per la salute del bambino che cresce. Nel cordone ombelicale c'è un'altissima concentrazione di ormoni e neurotrasmettitori, un sistema di comunicazione che informa costantemente la madre sullo stato del bambino e il bambino sullo stato della madre. Quando una donna è in contatto con il proprio corpo e in ascolto, quando non è in distress (condizione che inibisce la percezione), può sapere sempre ad un livello istintivo, come sta il suo bambino (esempio clinico). Mettendosi in una comunicazione sensoriale (attraverso i 5 sensi), verbale ed emozionale con il suo bambino, può migliorarne le condizioni. Esiste anche qualche evidenza scientifica a proposito. Enkin cita la possibilità di stimolare un bambino con tracciato piatto attraverso la voce materna per produrre un aumento della reattività del bcf. (Effective care in pregnancy and childbirth, Oxford press 2000). La cura della relazione madre - bambino è lo strumento per il benessere fetale;
- *una buona dinamica e comunicazione tra donna e ambiente umano e fisico*: la capacità relazionale nasce nella vita prenatale e perinatale. Il sistema relazionale della donna ci parla della sua esperienza. La gravidanza rappresenta un'opportunità per la donna di incrementare la propria capacità relazionale. A condizione che sia sostenuta dall'ambiente. Senza sostegno ambientale tutto il processo riproduttivo entra in crisi e, a volte, si può trasformare da un processo creativo in un processo distruttivo. I corsi in gravidanza e figure di supporto non professionali sono lo strumento.

L'ostetrica dispone fondamentalmente di due contesti per la salutogenesi: i corsi in gravidanza (possibilmente fin dall'inizio) e gli incontri individuali.

Nei corsi può finalizzare il lavoro al movimento attivo, alla reattività attraverso il lavoro sulla scelta e il processo decisionale, alla ritmicità, alternando i ritmi di lavoro tra concentrazione ed espressione, alla dinamica tra polarità opposte e alla relazione nel gruppo, tra la coppia e con il bambino.

Negli incontri individuali attua una valutazione circolare e globale: valuta i segnali del corpo, individua innanzitutto i segni di salute in base ai pilastri elencati, valuta i ritmi

comportamentali e l'ambiente, valuta il processo emozionale. In questo modo riesce a collocare l'eventuale sintomo di disturbo, capirne l'origine e la portata e individuare il piano di intervento primario e le risorse.

La salute si perde

Ci troviamo di fronte a un sintomo che ci segnala la perdita della salute e indica un potenziale rischio. Il sistema di adattamento ci segnala un bisogno.

Tradizionalmente a questo punto scatta la macchina delle indagini diagnostiche. Si proietta sulla donna un rischio che per lei concretamente non significa nient'altro che una probabilità astratta. Poco cambia per lei se il rischio è di 1:500 o di 1:20. Rimane astratto e il sentimento che si crea è angoscia indefinibile, senza la possibilità di dirigere la propria azione, di reagire. Ma anche per l'operatore il rischio è astratto, creando solo angoscia. Perché si verifichi nella percentuale indicata, occorrerebbe trovarsi di fronte a una popolazione di donne con caratteristiche assolutamente identiche. Il concetto attuale di rischio non tiene conto delle variabili, né tanto meno delle risorse della donna che possono scattare di fronte a una motivazione. Gli esiti delle valutazioni del rischio sono poco efficaci. Secondo Enkin et al. solo nel 10-30% delle donne definite a rischio si verifica il rischio diagnosticato, mentre 20-50% delle donne con parto prematuro erano definite a basso rischio. Secondo l'OMS (Care in normal Birth, 1996) l'attuale screening del rischio porta ad un livello altissimo di interventismo, molte donne definite ad alto rischio hanno un parto normale, mentre si fallisce nell'identificare quelle donne che hanno veramente bisogno di attenzione durante il parto.

Diversa è la situazione quando esiste un pericolo concreto e reale per la donna o il bambino. In tale caso il sentimento è paura, è l'istinto proveniente dai sistemi di adattamento a lanciare il segnale e allora l'azione è indicata, possibile, diretta, efficace e, da parte della donna, spesso istintiva.

La tradizionale "prevenzione del rischio", con la sua diagnostica invasiva spesso crea il pericolo concreto, sia a causa della dubbia sicurezza dei mezzi usati, sia perché produce nella donna un distress nocivo alla salute sua e del suo bambino. Dice Enkin:

"l'introduzione nella pratica clinica delle indagini del rischio comporta il pericolo di sostituire un rischio potenziale in un esito avverso con un rischio certo di trattamenti e interventi dubbi".

Dal punto di vista della salutogenesi il sintomo non è ancora la malattia, bensì un segnale di attenzione e una richiesta del corpo di un maggiore adattamento ai suoi bisogni. Spesso il sintomo propone un rallentamento del ritmo o la liberazione di una qualche compressione emozionale o una maggiore attenzione dell'ambiente verso la donna.

All'interno della relazione terapeutica tra ostetrica e donna è possibile ricondurre il rischio astratto all'eventuale pericolo concreto per la donna e decidere insieme alla donna il piano d'intervento: relazionale, comportamentale o fisico. Lo strumento razionale per obiettivizzare tale valutazione è lo schema decisionale. (V. Schmid, Linee guida per l'assistenza al parto fisiologico a domicilio e nelle case maternità, ed. centro Studi il Marsupio). Contemporaneamente si cerca di attivare le risorse endogene della donna in base ai pilastri della salute, di potenziarne la parte sana, di stimolarne la reattività (questo anche in presenza delle rarissime e vere patologie dell'ostetricia).

La salute si ritrova

Se la donna riesce a modificare e migliorare il suo adattamento, il sintomo in genere scompare, la vigilanza o l'allarme cessa e la donna torna all'omeostasi con la ripresa di un ritmo fisiologico della gravidanza. Il ritmo tra omeostasi e distress si alterna spesso durante la gravidanza perché l'intenso cambiamento biologico e il ritmo insito nella gravidanza stessa richiedono un costante adattamento da parte della donna, un adattamento che peraltro risulta preparatorio per il grande adattamento durante il travaglio di parto e durante l'esogestazione, con la presenza del bambino.

Quando il sintomo persiste o peggiora, viene attivata la consulenza con il 2° livello di assistenza (medico specialistico), ma la salutogenesi continua.

EMPOWERMENT

Seguire gli adattamenti alla gravidanza è il migliore insegnamento e la migliore preparazione per il parto. Rende la donna in grado e fiduciosa di affrontare tutto il percorso maternità. L'aver saputo affrontare e risolvere delle situazioni limite con le proprie risorse la rende più forte e sicura di sé. Le ha conosciute, verificate, approfondite e sa di averle a disposizione. L'orientamento verso la salutogenesi rappresenta un empowerment per la donna. Le farà affrontare il parto con una diversa decisionalità e forza. Un processo che l'"ostetrica" cerca e il "medico" teme.

Un aspetto importante della salutogenesi e dell'empowerment è la scelta informata, molto diversa dal consenso informato. Mentre il consenso informato nella pratica è uno strumento di sottomissione, di accordo a decisioni prese da altri, la scelta informata richiede un processo decisionale da parte della donna. Un processo che chiede del tempo e conduce attraverso vari piani e fasi. Si orienta sia su informazioni oggettive, sia sui propri bisogni, sensazioni e percezioni soggettive. Le informazioni ricevute si confrontano quindi con le sensazioni interiori, generando spesso profonde ambivalenze. Uno strumento che facilita il processo decisionale è la sperimentazione corporea e il confronto in gruppo. Il processo di scelta aumenta la reattività (=salute) e migliora gli outcome ostetrici (meno tagli cesarei, uso di farmaci, interventi operativi in travaglio, l'outcome fetale è migliore).

Quando la perdita della salute viene affrontata con la medicalizzazione, la donna si sentirà esposta, impotente, bisognosa dell'assistenza medica, mentre gli esiti in miglioramento sono dubbi (Enkin et al.).

La salutogenesi in gravidanza, applicata anche nelle situazioni limite permette di riportare le gravidanze fisiologiche dall'attuale 70% (nei paesi occidentali ci sono stime del 40%) a quel 90 - 95% che dovrebbe rappresentare la norma.

CONCLUSIONE

Gli strumenti esposti non sono tutti razionali, non sono basati sulle EBM, anzi l'EBM non li ha indagati, anche se a volte esprime dubbi e ipotesi sul tema: Enkin: "Rimangono delle domande, se la valutazione del rischio nella maniera formale, quantitativa sia più efficace dei metodi informali, usati tradizionalmente e se le classificazioni e gli interventi provenienti dalla valutazione del rischio migliorino effettivamente gli esiti per madre e bambino".

Quello che ho cercato di proporre è un'integrazione di livelli oggettivi e soggettivi con il linguaggio dell'ostetrica, basato sulla fisiologia applicata.

La salutogenesi è orientata verso le risorse endogene della donna, verso una sua soggettiva e attiva partecipazione alla salutogenesi stessa, verso la percezione diretta dell'eventuale pericolo reale. L'istinto né è risorsa primaria. La razionalità può disturbare, interrompere il processo di salute.

D'altra parte la salutogenesi nasce dalla conoscenza dei processi fisiologici e dalla capacità di osservarne le funzioni nel corpo, nelle espressioni e nel comportamento (fisiologia applicata). La valutazione dello stato di salute da parte dell'ostetrica comprende l'osservazione oggettiva, attraverso l'attuazione di una valutazione circolare di tutti gli elementi osservati: corpo, psiche, ambiente. Tra la donna e l'ostetrica scorre il canale relazionale che è sia soggettivo che oggettivo. L'ostetrica può usare la propria soggettività nella salutogenesi, nell'empatia e nella percezione del pericolo. Può percepire il pericolo reale anche lei attraverso la sua intuizione, importantissimo strumento di lavoro.

Un'ultima domanda: Linee guida e protocolli sono strumenti utili per una gravidanza fisiologica? Non senza essere sottoposti alla scelta informata della donna. Non senza essere integrati da altri aspetti. Usati come unico riferimento, essendo basati sul concetto di rischio astratto, rischiano di aumentare la selezione e il conseguente interventismo in modo non appropriato. Sono troppo rigidi per il processo di salutogenesi, pur offrendo dei riferimenti che in assenza di esperienza possono fornire delle stampelle. L'OMS, nei 10 principi per l'assistenza prenatale invita a un'assistenza olistica e centrata sulla famiglia, a coinvolgere attivamente la donna e ad osservare il rispetto della donna.

L'operatore deve poter usare la propria decisionalità e la propria arte in base alle sue conoscenze professionali, ai criteri decisionali, alle sue percezioni, alla sua specifica relazione con la persona che segue e alle scelte di lei.

La base per accompagnare la gravidanza fisiologica è la fiducia nelle risorse biologiche, nel processo riproduttivo e nella partecipazione soggettiva della donna stessa. È l'alleanza con le leggi della fisiologia come risorse primarie.

Riferimenti bibliografici:

- A. vari, *Accompagnare la gravidanza*, D&D, il giornale delle ostetriche n. 35, Centro Studi il Marsupio ed. 2001
- Chalmers B, Mangiaterra V., *Appropriate perinatal technology: a World Health Organisation perspective* Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, vol 23, no 7, Jul 2001, pp 574 - 575
- Duff E., *Normal birth: commonplace, according to rule or well - adjusted?*, Midwifery Digest, vol 1", n. 3, sep 2002
- Enkin et al., *A guide to effective care in pregnancy and childbirth*, Oxford press 2000
- Frohlich J., *Salutogenesi*, MIDIRS, Midwifery Digest, vol 12, n. 2, Jun 2002, p 151
- Nathanielsz P. *Un tempo per nascere*, Boringhieri 1995
- Nathanielsz P., *Life in the womb, the origin of Health and Disease*, Prometheus Press N.Y. 1999
- OMS, *Care in normal birth: a practical guide*, 1996
- Rockenschaub A, *Gebären ohne Aberglauben*, Verein Freier Hebammen, Wien 1998
- Schmid V., *I sistemi fisiologici di adattamento e le risorse endogene*, D&D, il giornale delle ostetriche n. 29 pp45 - 51, Centro Studi il Marsupio ed.
- Schmid V. *Linee guida per l'assistenza al parto fisiologico a domicilio e nelle case maternità*, Centro studi Il Marsupio ed, 1997
- Schmid V, *I canali biologici e genetici dell'attaccamento madre-bambino*, D&D, il giornale delle ostetriche n. 17 pp21-26, Centro Studi il Marsupio ed.

IL MODELLO INGLESE E LA PROMOZIONE DELLA FISIOLOGIA

Liliana Prevedello

**Ostetrica c/o centro della nascita/territorio
Queen Charlotte's and Chelsea Hospital NHS
Londra**

Dagli anni 90, c'è stato in Gran Bretagna, un considerevole dibattito sull'assistenza materna, come evidenziato da varie pubblicazioni e relazioni sia da dipartimenti governativi che da gruppi di consumatori. Il documento più rilevante rimane il "Changing Childbirth", pubblicato nel 1993. La continuità di assistenza è identificata nel "Changing Childbirth" come uno degli aspetti determinanti nei miglioramenti dei servizi materni, ed è una parte integrale delle recenti innovazioni nell'assistenza fornita dall'ostetrica, quali i "teams" e i "caseloads".

La continuità di assistenza sembra promuovere:

- una coerenza di sostegno, di atteggiamento e di informazione nei confronti della donna.
- una opportunità per le ostetriche di sviluppare una più ampia comprensione delle varie situazioni individuali
- un'assistenza più adeguata e sensibile

Vari studi sulla soddisfazione dell'assistenza materna, hanno spesso dimostrato che la donna valuta molto:

- la provvisione di informazioni
- il coinvolgimento nel prendere decisioni
- il sostegno
- il sentirsi in controllo della situazione stessa.

Rimane quindi abbastanza ragionevole assumere che un'ostetrica che conosca la donna, possa essere in grado di offrire e facilitare l'assistenza in modo migliore di un'ostetrica che non la conosca.

Dopo circa otto anni di esperienza di lavoro clinico nei "teams", l'anno scorso mi sono trasferita al Queen Charlotte's and Chelsea Hospital, una grande e complessa organizzazione materna di terzo livello, altamente medicalizzata e che sostiene circa 5000 parti l'anno. In questa organizzazione, dal 1993, viene proposto un modello di pratica clinica molto popolare tra le madri: IL ONE-TO-ONE.

ONE-TO-ONE

È un modello che:

- propone assistenza individuale per la donna e la sua famiglia
- è organizzato da ostetriche che lavorano con una "partner" in un gruppo di 6-8 ostetriche.
- fornisce un'ostetrica responsabile dell'assistenza (named midwife) + 1 partner.
- è offerto ad donne residenti in un territorio definito.
- il "caseload" non supera le 40 donne/anno per ostetrica.
- i casi non sono selezionati.

“La named midwife “ lavora con la donna durante tutto il percorso gravidanza,parto e puerperio, ma se la propria ostetrica non e’ reperibile,sara’ la partner o un’ altra ostetrica del team a fornire appoggio clinico.

SCELTE POSSIBILI

Donne con gravidanze fisiologiche,posscono ottenere assistenza pre-natale a domicilio,in ambulatorio o in ospedale.

Inoltre possono scegliere di partorire a casa, in ospedale o al centro nascita.

CHI FORNISCE L’ASSISTENZA?

- **Named midwife**

In mancanza di complicazioni mediche o ginecologiche,la”named midwife”procura tutta l’assistenza pre- natale,a meno che la donna decida diversamente.

- **GP**

Il medico di famiglia puo’ offrire parte dell’assistenza,sostenuto dall’ostetrica (SHARED CARE)

GINECOLOGO

In presenza di complicazioni cliniche o problemi che richiedano attenzioni specialistiche,il ginecologo procura la maggioranza dell’assistenza.La donna,tuttavia,continua ad essere seguita dalla sua ostetrica per consulenza e appoggio.

A prescindere dalla popolarita’ con le utenti,questo modello di assistenza rimane accettabile anche da parte di molte ostetriche motivate a lavorare in questo modo,ma richiede un alto livello di dedizione e “stamina” a causa delle frequenti reperibilita’ di 24 ore.

I risultati sono incoraggianti e sembrano replicare quelli di altri studi che hanno osservato l’effetto della continuita’ di sostegno durante il travaglio da parte di una figura professionale che la donna conosce e di cui abbia fiducia:

- meno anestesia epidurale
- meno parti strumentali
- meno episiotomie
- travagli piu’ brevi
- ? meno parti cesarei

Anni di parti in ospedale, hanno inevitabilmente logorato la confidenza della donna nell’abilita’ del proprio corpo di sapere”far nascere”.

Nella societa’ d’oggi esiste un credo generale che:

- l’epidurale sia essenziale per superare

il dolore del parto.

- l’episiotomia sia “standard”
- il taglio cesario di emergenza sia molto probabile.

L’associazione “dei centri nascita” ha risposto a questa crisi-una crisi della donna,del parto naturale e quindi dell’ostetrica.

Il”Winterton Report”(DoH 1992),meno conosciuto del suo successore il Changing Childbirth,ma piu’ radicale,nella sua finalizzazione, enfatizza che non c’e’ nessuna evidenza per sostenere l’idea che l’ospedale sia il luogo piu’ sicuro per la donna che sia in attesa di un figlio.

Invece ci sono numerose evidenze che la “continuita’” di assistenza(certamente presente nei centri guidati dall’ostetrica),risulti in un “evento nascita “ fisicamente e psicologicamente piu’ positivo sia

per la madre che per il bambino(Enkin et al.2000). Da circa un anno e mezzo,con l'appoggio dell'unita' sanitaria,si e' aperto un centro nascita al Queen Charlotte's Hospital.

----- IL CENTRO NASCITA -----

Esistono due tipi di "centri nascita"

//////
"free standing" "inserito"

(non inserito)

nella struttura ospedaliera

Il "centro nascita" al QCH,e' situato al primo piano,lontano dal resto delle sale parto(terzo piano),e' contenuto fisicamente e chiuso ai medici. Il personale fisso e' costituito da un "team" di 12 ostetriche e 5 assistenti generiche. L'ambiente e' familiare,rilassato e non clinico.Ogni ostetrica lavora turni di 12 ore,non indossa uniformi e segue una filosofia che promuove la"normalita'".

Il ruolo dell'ostetrica e' di:

- sostenere e promuovere la potenzialita' della donna durante il travagli e la nascita.
- ridurre/evitare interferenze cliniche non necessarie(ie.esami vaginali)
- creare un'atmosfera di fiducia tra utente e operatore
- massimizzare la specificita' di ciascuna madre e bambino ,evitando pratiche di "routine" a favore di un'assistenza personalizzata e rispettosa dei bisogni individuali.

L'assistenza in travaglio e' completamente flessibile; nessuna donna e' limitata nel numero di"compagni"di parto.Non c'e' monitoraggio continuato,ma solo l'uso del Pinard e del doppler.Le partorienti sono libere di muoversi a piacimento,nessuna donna partorisce sul letto ma usa invece posizioni alternative.Le 5 stanze per il travaglio e parto sono spaziose e luminose;il letto non domina la stanza,invece"mats", " birth balls" ,sedie a dondolo e"birthing stool" sono a disposizione delle partorienti.C'e'una vasca per il parto in acqua etutte le stanze sono provviste di servizi ebagni privati .

Il centro offre assistenza a donne con gravidanze a termine(37-42 settimane),non complicata,gia' prenotate al QCH o in trasferimento da altre unita' sanitarie e a madri nel modello One-to- One. Per giustificare il costo finanziario,il centro nascita dovra' raggiungere i 1000 parti l'anno. Tutta l'assistenza e' fornita dalle ostetriche che rimangono clinicamente e legalmente responsabili della medesima e si occupano delle accettazioni e dimissioni.Alcune ostetriche sono in possesso di corsi avanzati quali l'A.L.S.O e Examination del newborn;quest'ultimo da all'ostetrica la competenza di dimettere ineonati sani.La degenza varia da poche ore a 1-2 giorni dopo il parto;le sale parto diventano stanze familiari con letti gemelli per il pernottamento del padre o altro membro familiare. Oltre le sale parto ci sono 4 letti di degenza post-natale,una piccola zona pranzo,una stanza per l'aromaterapia(per ora solo disponibile durante la gravidanza),un'area giorno con la televisione e una stazione per il neonato in caso di emergenza.Non c'e' provizione per anestesia epidurale.Per favorire un "caseload" parziale,alcune osttriche del team, hanno cominciato a seguire donne anche durante la gravidanza invitandole al centro per colloqui e controlli pre-natali.A settembre si e' aperto il primo ambulatorio satellite gestito da un'ostetrica del centro e frequentato da donne residenti in quella zona.Altr ostetriche stanno esplorando la possibilita'di seguire almeno qualche madre e bambino in territorio.Il centro accetta tranquillamente primipare e multipare in eta' tra i 16 e i 42anni(flessibile) ed ogni situazione e' valutata secondo il caso.Le linee guide sono apertamente discusse tra ostetriche e aggiornate man mano che cresce la confidenza e abilita' clinica delle ostetriche.La piu' recente prenotazione e' di una madre in attesa del terzo figlio,ma che ha avuto due precedenti parti cesarei.Abbiamo ancora tanta strada da fare in particolare nel convincere colleghe che "l'arte dell'ostetricia "non e' scomparsa e che e' sostenibile anche in ambienti

impensabili come una organizzazione sanitaria di terzo livello. Purtroppo molto spesso non è il medico ad impedire lo sviluppo dell' ostetricia ma la diffidenza e la povera preparazione clinica di colleghe che spesso calcolatamente rifiutano di assumere le proprie responsabilità professionali.

Bibliografia

1. Department of Health: "Changing Childbirth - Report of the Expert Maternity Group" London HMSO 1993
2. Audit Commission: First Class Delivery- "Improving Maternity Services in England and Wales. London, Kent Litho 1997
3. Flint.C. "Midwifery Teams and Caseloads" Oxford-Butterworth-Heinemann 1993
4. Page L' Beake S, Vail A et al. British Journal of Midwifery. Vol 9, no 11, Nov 2001, pp 700-706.
5. Ekin M. Keirse M. Neison J et al. 2000- A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press.
6. Tew M 1990. Safer Childbirth? A Critical history of Maternity Care. London : Chapman and Hall.
7. Waldenstrom U, Nilson CA. 1997. A Randomised controlled study of birth center care versus standard maternity care: Effects on women's health. Birth 21, 17-26
8. Hallett R. 2000. Crowborough Birthing Centre Unpublished Report of Friends of Crowborough Hospital
9. Saunders D, Boulton M, Chapple J. et al 2000 Evaluation of the Edgware Birth Centre. London; Barnet Health Authority

MODELLI DI FORMAZIONE RIVOLTA ALLA PROMOZIONE DELLA FISIOLOGIA

Sandra Morano

Genova

Mi è stato richiesto di parlare di un'esperienza di promozione della fisiologia in ostetricia, illustrando quello che si ritiene un implicito modello formativo che dovrebbe preesistere all'esperienza stessa. In realtà quello che negli scorsi decenni abbiamo provato ad affermare non è ancora oggetto di insegnamento-apprendimento a livello istituzionale, almeno nel nostro paese. In molti luoghi è sicuramente diffuso un adeguamento delle procedure del modello ospedaliero medico ad interventi efficaci perchè dimostratisi più appropriati.

Probabilmente tutto ciò si è tradotto genericamente nell'assimilazione di approcci definiti come "umanizzati", praticati perlopiù sul campo. Questi approcci sono stati attuati in modo empirico, il più delle volte destrutturando ciò che era stato precedentemente appreso.

Attualmente nel nostro Paese girano "modelli" costruiti in questo modo, che vengono offerti alle nuove leve di ostetriche, specializzandi, talvolta studenti.. Un grosso contributo nei contenuti è stato fornito dalla EBM, e c'è qualcuno qui tra noi che in prima persona ha lavorato molto nella diffusione di questi orientamenti.

La stessa associazione ANDRIA è la testimonianza di tutto ciò.

Tutto questo è ancora troppo fuori dai circuiti educativi, a tutti i livelli.

Le energie impiegate per sostituire in modo "militante" un modello all'altro sono state talmente tante da creare una discrepanza tra i fondamenti dell'impegno culturale e l'inseguimento di cure efficaci. Questa carenza alla lunga può rappresentare un anello debole del percorso: da qui la necessità di momenti di riflessione sulle modalità del cammino fatto finora verso la costruzione di un futuro non più scisso tra i fondamenti pedagogici-da riscrivere-ed una pratica in certo qual modo autodidatta.

E' l'eterno conflitto-perdente-tra l'autorevolezza professionalizzante dei presidi di cura e la presunzione pedagogica assoluta dei centri di formazione, prima tra tutte l'Università.

Oggi però questo conflitto sembra apparentemente risolto nella comparsa di metodologie mutuata dalla pedagogia medica nei programmi ministeriali relativi ai corsi di laurea ed alle scuole di specializzazione, e d'altra parte nella comparsa di terminologie troppo evidentemente prese in prestito da esperienze di formazione nate al di fuori delle sedi accademiche (una per tutte quella di D&D piuttosto che MIPA, ecc..).

Si può dunque pensare che questo travaso in qualche modo imposto dai tempi e dalle necessità possa essere sufficiente a dire che l'offerta formativa attuale sia coerentemente rivolta alla reale promozione della fisiologia(concetto che io tradurrei in quello di "educazione alla nascita")?

Recuperando con questo la portata esplosiva del fenomeno della riproduzione del/nel corpo femminile, le sue non sopite contraddizioni e conflittualità di genere, la sua trasmissione attraverso una necessaria integrazione con altri saperi, la sua iscrizione nelle differenti culture e tradizioni nonché nella più profonda sfera emotiva di ogni individuo?

Riallacciando quella continuità con altri mondi- storico geografici, antropologici, spirituali, mitologici- bruscamente troncata dall'affermarsi della cultura tecnocratica?

Riprendere i fili di questa spoliatura è difficile e richiede molto coraggio, significa comunicare la diversità, mettersi in gioco, rivendicare modelli di apprendimento oggi non sempre accettabili nella società e nelle sedi accademiche. Con la consapevolezza che le basi di nuovi saperi sono già gettate, che dovunque serpeggiano pratiche coraggiose e lontane dai dettami dei testi ufficiali e delle società scientifiche.

Tutto questo deve cominciare ad avere visibilità e dignità pedagogiche.

Altrimenti rimarrà esperienza isolata e precaria, possibile qua e là grazie alla tenacia di qualche operatore, alla lungimiranza di qualche primario o direttore di dipartimento, alla "apertura" di qualche collega più o meno "di buon senso".

Fino a quanto potrà durare, altrimenti, l'ombrello, pur largo, della EBM?

E comunque un sapere non si può rifondare solo con lo strumento della metaanalisi.

Ognuno di noi deve fare la sua parte : gli "helpers in childbirth"-ginecologi,ostetriche, pediatri, ma anche coloro che, a vario titolo, insegnano quella che riduttivamente è chiamata ostetricia; ma anche gli organismi che disciplinano la professione ostetrica, la trasmissione di quest'arte, e sovrintendono ai suoi rapporti coi sistemi sanitari nazionali; ma infine i destinatari di tutto ciò, donne e uomini che si avvicinano alla procreazione, ed ai quali si deve tendere a dare sempre di più in termini di cure ed accoglienza, ma dai quali si deve pretendere sempre di più in termini di consapevolezza delle proprie capacità e sempre di meno in termini di deleghe decisionali ed esperienziali.

Riuscire ad immaginare un libro di testo che non inizi dall'anatomia e fisiologia dell'apparato genitale femminile o che non abbia questa conoscenza come principale obiettivo, ma come mezzo per permettere una vera nascita e non l'espulsione del feto.

Dare corpo e voce ad enunciati tipo "*le risorse endogene. il processo emotivo della donna nel parto..soddisfare i bisogni della sfera psico-sociale..*" che altrimenti sono destinati a rimanere vuote trascrizioni ed ispirazioni ad altri modelli, ad altri luoghi.

Trovare il coraggio di abbandonare modalità ed end points analoghi alla cultura medica attuale nel vano tentativo di accreditamento, e praticare invece altre strade per ri-costruire la necessaria soggettività dell'esperienza, recuperare la dimensione narrativa individuale al posto della misurazione numerica di effetti ed esiti del cui impatto sulla donna nessuno si cura.

Visitare campi erroneamente lasciati incolti dall'attuale orizzonte di cure, cercare lì altri interlocutori con cui costruire nuovi indicatori, nella consapevolezza della limitatezza e deprivazione degli attuali schemi .

Penso che questa premessa fosse necessaria per introdurre gli obiettivi dell'esperienza di cui parlerò, che è nata , come tante altre, da un ripensamento della professione ostetrica, si è tradotta nella promozione di un Convegno interdisciplinare e di un Corso di Formazione Regionale "Intorno alla Nascita", nella sperimentazione di un Centro Nascita Alternativo dentro le mura dell'Ospedale S. Martino di Genova che è anche Dipartimento Universitario di Ginecologia ed Ostetricia e quindi sede di insegnamento.

Il percorso di ripensamento delle cure alla nascita, pertanto, non poteva essere disgiunto dalla motivazione ad un' analoga ricerca a livello educativo, avente come obiettivo la messa in discussione anche nelle forme e nelle finalità, dei fondamenti della attuale disciplina ostetrico-ginecologica.

Bibliografia

G.Giorgi, C. Maganza, S. Morano " La comunicazione e la donna. Le parole della nascita e della cura"

Mediserve ed. Milano, Firenze, Napoli 2002

GRAVIDANZA DI ≥ 40 SETTIMANE: RISCHIO PERINATALE E PROVE DI EFFICACIA

Lombardo Pietro*, Sartori Maita^o, Castelli Eleonora*

***Dipartimento di Scienze Ginecologiche ed Ostetriche, Università degli Studi di Torino ^oASL di Collegno (TO)**

Il 95% delle gravidanze a basso rischio ha durata media di 280 ± 14 ($\pm 2DS$) giorni di età gestazionale. La caratteristica demografica è strettamente collegata al concetto clinico di durata anomala, nato all'inizio del secolo, quando fu segnalato che con il protrarsi della gravidanza si ha un incremento degli esiti perinatali sfavorevoli. Incremento associato all'aumento dei casi di macrosomia fetale, con conseguente distocia meccanica. Circa mezzo secolo dopo l'attenzione si focalizzò anche sul rischio opposto, cioè sull'aumento dei casi di feti con ritardo di crescita evidenziatosi nelle ultime settimane di gravidanza. Quindi in base al peso, con il protrarsi della gravidanza, si evidenziano tre tipi di popolazione fetale: quello di peso normale per l'età gestazionale che è la maggioranza, i feti macrosomici che a ≥ 41 settimane sono il 10-25% e i feti con difetto tardivo della crescita che oggi sono molto pochi in quanto la maggior parte di essi viene identificata precocemente, grazie al monitoraggio della crescita uterina e la biometria fetale ecografica nei casi dubbi.

Sulla base delle caratteristiche demografiche e dei rischi perinatali, nel 1986 due istituti internazionali si sono accordati per definire protratta o post-termine una gravidanza di durata ≥ 42 settimane (≥ 294 giorni). Infatti nei grandi studi epidemiologici, il tasso di mortalità perinatale (nati morti+morti neonatali/nati) si riduce progressivamente con l'elevarsi dell'età gestazionale fino a raggiungere il minimo, 2-3‰, a 39-40 settimane; a 41 settimane si eleva lievemente, non in modo significativo; a 42 settimane è 4-7‰; a 43 settimane è 4 volte più alto che a 40 settimane. Il tasso di mortalità perinatale è però calcolato usando tutti i nati come denominatore, mentre solo le gravidanze in corso sono a rischio. Il tasso di mortalità "nati morti+morti neonatali/gravidanze in corso" si eleva in modo progressivo di 8 volte da 0,7‰ a 37 settimane a 5,8‰ a 43 settimane.

In base alle osservazioni epidemiologiche, sono stati sostenuti differenti tipi di condotta clinica: attesa dell'insorgenza spontanea del travaglio sotto stretta sorveglianza del benessere materno e fetale, induzione del travaglio a 40, 41 o 42 settimane. La revisione sistematica di 26 studi clinici randomizzati riporta che l'induzione del travaglio di parto dopo le 41 settimane (da 41 settimane e 4 giorni al compimento delle 42 settimane) sembra ridurre la mortalità perinatale. Tale affermazione, che determina l'induzione di molte migliaia di travagli a 41-42 settimane ogni anno, si basa però solo su 8 morti perinatali avvenute negli studi randomizzati: 1 nel braccio delle gravidanze con induzione della gravidanza, 7 nel braccio dell'attesa del travaglio spontaneo. La revisione riporta inoltre che non ci sono prove che il monitoraggio fetale, comunque condotto (settimana di inizio, test utilizzati, frequenza di somministrazione dei test), migliori gli esiti perinatali o quelli del parto. D'altronde neppure vi sono prove che il monitoraggio determini esiti sfavorevoli. Per cui la consuetudine accettata è di iniziare la sorveglianza alla fine delle 40 settimane mediante cardiocografia (non stress test) e valutazione della quantità del liquido amniotico ogni 3-4 giorni.

BIBLIOGRAFIA

1. Gagliardi L' Todros T, Lombardo P, Plazzotta C. Gravidanza protratta: diagnosi, monitoraggio e induzione del travaglio. In: Atti del VI congresso di Scienze Ginecologiche ed Ostetriche. Aggiornamenti in Scienze Ginecologiche ed Ostetriche 1992. CIC edizioni internazionali, Roma, 1992;496-499
2. Ballantyne JW. The problem of the postmature infant. *J Obstet Gynaecol Brit Emp* 1902;2:521
3. Clifford SH. Postmaturity with placental dysfunction: clinical syndrome and pathologic findings. *J Pediatr* 1954; 44:1
4. Chauhan SP, Sullivan CA, Lutton TC, Magann EF, Morrison JC. Parous patients' estimate of birth weight in postterm pregnancy. *J Perinatol* 1995 ;15:192-1194
5. McLean FH, Boyd ME, Usher RH, Kramer MS. Postterm infants: too big or too small? *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:619-624
6. Feldman GB. Prospective risk of stillbirth. *Obstet Gynecol* 1992;79:547-553
7. Hilder L' Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:169-173
8. Crowley P. Post-term pregnancy: induction or surveillance? In Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford University Press 1989, p 776
9. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3 2002. Oxford: Update Software.
10. Bochner CJ, Williams J 3rd, Castro L' Medearis A, Hobel CJ, Wade M. The efficacy of starting postterm antenatal testing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:550-554

COME ASSISTERE LA GRAVIDANZA DOPO LA 40[^] SETTIMANA -ASSISTENZA E SUPPORTO DELL'OSTETRICA- Paola Serafini

**Ostetrica Coordinatrice
Corso di Laurea per Ostetrica Università di Torino**

“La gravidanza è un viaggio lungo e speciale per la donna.

E' un viaggio che comporta un cambiamento fisico, psicologico e sociale; per diventare madre, per ridefinire le relazioni familiari e per prendersi per lungo tempo la responsabilità di avere cura e di amare il bambino. Generazioni di donne hanno percorso la stessa strada, ma ogni viaggio è unico.

I servizi di maternità dovrebbero dare supporto alla madre, al suo bambino ed alla sua famiglia guardando alla sicurezza ma anche al loro benessere futuro. Dovrebbero aiutare le donne a vivere la gravidanza ed il parto come positive esperienze di crescita.

Nessuno ha più interesse della donna stessa ad avere un bambino sano ed un felice esito,l'assistenza dovrebbe essere programmata e praticata non solo per lei ma soprattutto con la sua partecipazione.

J. Cumberlege*

(**Changing Childbirth. The report of the Expert Maternity Group. London:HMSO: 1993*)

I dati di rischio perinatale e le evidenze scientifiche disponibili, già trattati nella relazione di Pietro Lombardo, sottolineano come spesso l'atteggiamento degli operatori nella “gestione” clinica delle donne in gravidanza oltre la 40[^] settimana sia stato caratterizzato da:

- lessico disomogeneo e tendenzialmente “allarmistico”
- tradizionale ricorso a percorsi assistenziali basati spesso su impressioni, intuizioni e “occhio clinico”
- ridotto ricorso alla medicina basata su prove
- forte difformità di condotta assistenziale tra un operatore e l'altro
- organizzazione del percorso assistenziale approssimativa, discontinua e scarsamente codificata
- scarsa attenzione alla storia bio-psico-sociale della donna e della sua gravidanza
- ambigua interpretazione del ruolo professionale dell'ostetrica

Le ambiguità di impostazione e di classificazione del problema di salute relativo alla “gravidanza protratta” ed i diversi criteri impiegati per la valutazione dei dati hanno conseguentemente ingenerato una notevole “confusione assistenziale” ed un atteggiamento spesso irrazionalmente interventistico ed eccessivamente allarmistico. I nodi critici sono ancora oggi spesso rappresentati da: organizzazione dell'assistenza, tempi e modalità del monitoraggio della gravidanza e dell'induzione del travaglio.

Problemi apparentemente squisitamente semantici hanno contribuito ad aumentare imprecisioni ed incertezza: gravidanza oltre il termine, gravidanza post termine, gravidanza postmatura, gravidanza protratta e gravidanza oltre la data presunta del parto sono stati frequentemente utilizzati come sinonimi benché le differenze non siano proprio solo sfumature ed il loro attento utilizzo orienti verso un problema di salute “fisiologico” oppure “patologico”, con conseguenti condotte assistenziali diverse e quindi operatori professionali di riferimento diversi (ginecologo/o od ostetrica/o).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica una gravidanza come “protratta” quando questa abbia superato i 294 giorni, ovvero 42 settimane compiute dalla data di inizio dell'ultima mestruazione. Benché oggi ci sia su questa definizione un largo accordo teorico in concreto molti sanitari iniziano “protocolli attivi” di intervento ben prima di quest'epoca.

L'assistenza e il supporto dell'ostetrica dovrebbero prima di tutto, per non restare un ideale teorico, essere valorizzati e promossi dai responsabili delle politiche assistenziali nella fase di pianificazione generale del percorso di assistenza.

Nella fase di gestione concreta il piano di assistenza ostetrica di una donna con gravidanza oltre la 40^a settimana dovrà "come sempre" tener conto di aspetti tecnici, relazionali ed educativi.

Alcuni aspetti della pianificazione dell'assistenza meritano a mio avviso una riflessione particolare:

I Soggetti dell'assistenza

Nella gravidanza oltre la 40^a settimana in particolare il supporto assistenziale ostetrico dovrà essere orientato alla reale presa in carico di tutti i soggetti della gravidanza: la donna, il feto, il partner, la famiglia. Le relazioni biologiche, psicologiche e sociali tra questi soggetti rappresentano il cuore del progetto assistenziale. Il valore di queste relazioni è sottolineato dall'OMS che raccomanda di centrare l'assistenza perinatale sulla famiglia. La donna in questa delicata fase si trova spesso in situazioni di ansia e di stress psico – fisico: l'ostetrica dovrà offrire consigli ed informazioni corrette al fine di rendere la donna un soggetto attivo delle scelte assistenziali nelle quali dovrà essere correttamente coinvolto anche il partner; l'ostetrica dovrà inoltre promuovere il mantenimento di uno stile di vita sano in grado di prevenire o mitigare alcuni problemi di salute potenzialmente correlati allo stato di gravidanza. In questa fase il desiderio della donna e della coppia di "vedere" finalmente il proprio bambino è fortissima: la capacità di promuovere una corretta relazione tra la coppia ed il loro bambino ancora nell'utero materno favorisce il benessere biologico e psicologico della triade.

Conoscenze scientifiche

La gravidanza più che in altre situazioni richiede agli operatori sanitari la capacità di osservare in modo olistico l'organismo biologico e psichico che deve quindi essere valutato in quanto totalità organizzata e non somma di parti differenti. A questo proposito, per esempio, i rapporti intercorrenti tra la madre ed il feto (a livello biologico e psicologico) sono sempre più analizzati in relazione all'insorgenza spontanea del travaglio di parto: il ruolo dell'ostetrica è fondamentale durante la gravidanza nella raccolta e sistematizzazione dei dati relativi anche ad elementi psico – sociali; essa agisce sia attraverso l'intervista alla persona assistita, sia attraverso la ricerca di elementi significativi come l'osservazione e la codifica dei movimenti fetali attivi (interessante nuova frontiera dell'assistenza in gravidanza).

Anche il dato epidemiologico, come già sottolineato dalla precedente relazione non deve essere sottovalutato; la scorretta valutazione del rischio induce a condotte assistenziali più o meno attendiste od attive che non dovrebbero essere influenzate da opinioni personali ma piuttosto da evidenze scientifiche.

La raccolta sistematica dei dati correttamente codificati diviene una priorità del piano al fine di produrre prove di efficacia delle condotte assistenziali intraprese.

La questione semantica rappresenta un nodo critico poiché le "definizioni" molto spesso influenzano la condotta assistenziale (basti pensare al routinario utilizzo della definizione "sofferenza fetale" piuttosto che al più appropriato termine di "condizioni non rassicuranti del feto" che possono scaturire dalla interpretazione dei CTG). Per esempio, l'utilizzo della definizione "gravidanza oltre il termine" già a partire dalla 40^a settimana induce ad una condotta assistenziale "interventista" e può ingenerare ansie nelle persone assistite e negli operatori con conseguente inappropriata condotta assistenziale.

Dal punto di vista della valutazione del rischio

La gravidanza protratta oltre le 42 settimane compiute richiede una corretta definizione del rischio materno e fetale, ricordando che il rischio non è una costante ma un elemento dinamico, in continuo divenire sia in senso migliorativo che peggiorativo. La valutazione del rischio non deve inoltre essere un semplice atto passivo di valutazione e classificazione ma deve sempre essere accompagnato dalla promozione della prevenzione, dalla personalizzazione e dalla continua

rivalutazione. Una gravidanza protratta oltre la 42^a settimana non implica necessariamente un parto patologico (la sorveglianza dovrà essere comunque molto attenta).

Anche in questo caso la raccolta accurata e sistematica di elementi significativi facilita la conduzione del caso nello specifico e favorisce la ricerca.

E' proprio in situazioni come questa che le persone assistite devono essere attivamente e consapevolmente coinvolte nelle scelte assistenziali poiché spesso l'assistenza viene erogata in regime ambulatoriale (monitoraggio antepartale) ed un atteggiamento attivo e consapevole è fondamentale.

La gravidanza dopo la 40^a settimana rappresenta una situazione ansiogena per utenti ed operatori: la condivisione delle scelte rappresenta una scelta strategica capace di ridurre l'ansia e prevenire le conflittualità.

Organizzazione dei servizi

Una indagine dell'ISTAT svolta negli anni 1999-2000 ("Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno") evidenzia come quasi la totalità delle donne che hanno avuto figli negli ultimi cinque anni siano state seguite da un operatore sanitario durante la gravidanza (99.6%). La figura professionale scelta più frequentemente dalle donne è un ginecologo privato che opera anche in una struttura pubblica (48.7%); segue un ginecologo che opera esclusivamente nel privato (32.2%) mentre molto più basso è il ricorso ad un ginecologo che lavora esclusivamente in una struttura pubblica (16.2%); irrilevante (1%) è la scelta dell'ostetrica.

Benché l'OMS raccomandi di "demedicalizzare" l'assistenza alla gravidanza fisiologica e da molti anni la professionalità dell'ostetrica sia promossa e valorizzata dalle norme italiane il ruolo di quest'ultima nell'assistenza alla gravidanza stenta molto ad affermarsi sia in ambito pubblico che privato.

Nel caso della gravidanza dopo la 40^a settimana ed in particolare della gravidanza protratta oltre la 42^a settimana l'attuale organizzazione dell'assistenza fotografata dall'ISTAT è gravata dal problema potenziale di un modello assistenziale a rischio per mancanza di continuità dell'assistenza stessa. Continuità dell'assistenza significa condividere la stessa filosofia, utilizzare protocolli assistenziali comuni per tutto il percorso nascita, garantire un collegamento tra le diverse strutture ed operatori deputati all'assistenza (ospedale/territorio), promuovere un corretto e pertinente lavoro di équipe ed infine, se possibile, ridurre il numero di operatori che prendono in carico la persona assistita.

L'attuale organizzazione dei servizi vede un'ostetrica che si trova spesso ad assistere la donna in gravidanza dopo la 40^a settimana in modo estremamente frammentario.

Il primo incontro donna/ostetrica avviene spesso negli ambulatori deputati al monitoraggio antepartale e non sempre la stessa ostetrica è presente ai controlli che si susseguiranno. Non sempre le ostetriche che sono presenti negli ambulatori saranno poi le stesse che seguiranno il travaglio ed il parto.

In situazioni così potenzialmente frammentate è evidente come il principio della "continuità assistenziale" almeno nella condivisione della stessa filosofia dell'assistenza, nella condivisione dei protocolli e nella corretta e completa trasmissione dei dati significativi tra operatori e operatori e tra questi e le persone assistite diviene un elemento irrinunciabile dell'assistenza ostetrica.

Bisogna inoltre ricordare che l'assistenza alla gravidanza dopo la 40^a settimana dovrebbe essere sempre la continuazione di quella erogata nelle prime fasi della stessa; il percorso continua nei corsi "pre parto" in modo tale che molte ansie e problemi potranno essere prevenuti anche da una corretta informazione data durante i corsi di accompagnamento alla nascita (uno dei pochi ambiti di presenza diffusa dell'ostetrica).

Il tema è molto ampio e gli argomenti sono infiniti.

In sintesi voglio concludere sottolineando che "l'assistenza ed il supporto dell'ostetrica alla donna in gravidanza dopo la 40^a settimana" oltre che un problema "clinico" è non di meno un problema di politica sanitaria. Infatti l'ostetrica per assistere **deve** esserci!

Se c'è, e sono certa che ci sarà sempre di più, deve conoscere in modo approfondito i problemi clinici ed epidemiologici per poter contribuire in modo attivo e consapevole alla gestione del caso.

Se c'è, dovrà perfezionare continuamente la sua capacità di dare consigli ed informazioni (nel rispetto di scelte concordate e condivise nell'équipe) basate su evidenze scientifiche ed un appoggio emotivo simmetrico e bidirezionale.

Se c'è, deve saper dare assistenza concreta e tangibile nel periodo della gravidanza e del parto eseguendo in modo appropriato i monitoraggi previsti, assistendo nell'ottica della promozione della fisiologia l'induzione e successivamente il travaglio, il parto e il neonato.

Se c'è, deve contribuire in modo attivo ed accurato alla raccolta dei dati ed alla ricerca per favorire l'erogazione di un'assistenza qualitativamente sempre migliore.

Tutte ottime ragioni per riaffermare che quindi l'ostetrica deve proprio esserci!

Lecture consigliate

1. Odent M.: Ecologia della nascita – red edizioni 1989
2. Comitato Nazionale per la Bioetica: Problemi bioetici in una società multietnica. In: *Infermiere Informazione*, 1999.11-12, 3-5.
3. O.M.S. "Progetto Salute 21"
4. Sbisà M.: Come sapere il parto – Rosenberg e Sellier 1992
5. Smith R.C.: La storia del paziente – Il Pensiero Scientifico Editore 1997
6. May K.A., Mahlmeister L.R.: *Maternal & neonatal nursing, family-centered care* – J.B. Lippincott Company (Third Edition)
7. Imbasciati A.: Umanizzazione della medicina e criteri di scientificità: stereotipi, pregiudizi, equivoci. In: *Nascere*, 1999, n.78, 14-16.
8. Wagner M.: La macchina del parto. Limiti, rischi e alternative della moderna tecnologia della nascita. – red edizioni 1998
9. Relier J.P.: *Amarlo prima che nasca. Il legame madre figlio prima della nascita* - Le Lettere Firenze 1994
10. Lepori B. *La nascita ed i suoi luoghi. Nuovi modi e nuovi spazi per venire al mondo* - Red edizioni 1992
11. Marshall H Klaus, Phyllis H. Klaus: *Venire al mondo* – Il Pensiero Scientifico Editore 1988
12. Enkin M., Keirse M., Chalmers I.: *L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza ed al parto* – red edizioni 1993
13. Liberati A. (a cura di): *La medicina delle prove di efficacia, potenzialità e limiti della evidence-based medicine* – Il Pensiero Scientifico Editore 1998
14. Marchioli R. Tognoni G.: *Cause effetti in medicina, logica e strumenti di valutazione clinico epidemiologica* - Il Pensiero Scientifico Editore 1995
15. Robertson A.: *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto* – Mc Graw – Hill 1998
16. Soifer R.: *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio* - Borla 1995
17. Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R.: *Maternità e gravidanza* – Raffaello Cortina Editore 1995
18. Klaus M.H., Kennell J.H., Klaus P.H.: *Far da madre alla madre* - Il Pensiero Scientifico Editore 1998
19. Klaus M.H., Kennell J.H., Klaus P.H.: *Dove comincia l'amore. I primi contatti con il neonato* – Bollati Boringhieri 1995
20. Braibanti L.: *Parto e nascita senza violenza* - edizioni red 1993
21. Shorter E.: *Storia del corpo femminile* – Feltrinelli 1984
22. SIMP: *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale (3° edizione)* – SEE Firenze 1999
23. Carpenito L.J.: *Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica* – Casa Editrice Ambrosiana 1998
24. World Health Organization (WHO) "Care in normal birth: a Practical Guide". Report of a technical working group 1996.
25. Driessen R. – Campiotti M. (traduzione a cura di): *Programmazione del piano di assistenza ostetrica in Olanda – Criteri di valutazione e competenze specifiche dell'Ostetrica, del medico di base e del medico specialista (con il patrocinio dell'O.M.S.)* – Il Marsupio, Firenze 1987.
26. D.M. n. 740 del 14/09/94 - "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o".

27. SIMP: Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale. SEE – Firenze (terza edizione) 1999
28. Serafini P.: Il bambino: come farlo nascere. In *Nascere* 1996, 68, 21.
29. Serafini P.: Quando l'ostetrica si confronta con la psicoprofilassi. In *Nascere* 1997, 70,24-25.
30. Gagliardi L., Todros T., Lombardo P., Plazzotta C.: Gravidanza protratta: diagnosi, monitoraggio e induzione del travaglio '92
31. Serafini P., Roascio R.: Assistenza personalizzata alla madre ed al neonato Collana monografica della Società Italiana di medicina perinatale – IL PARTO – Editeam 2000
32. <http://www.saperidoc.it/>

CONTINUITA' ASSISTENZIALE PER LE GRAVIDANZE FISILOGICHE

Nobile Maria Giovanna, Alimenti Daniela, Sartori Maita

ASL di Collegno (TO)

L'assistenza alla gravidanza negli ultimi decenni è sempre più parcellizzata. Si assiste ad una separazione fra l'assistenza in gravidanza, quella al parto e quella in puerperio, all'intervento di operatori diversi che spesso non interagiscono fra loro. Il livello di consapevolezza delle donne rispetto alle procedure cui vengono esposte, la loro possibilità di intervenire nelle decisioni mediche ed il livello di gradimento sono spesso molto bassi.

L'assistenza da parte delle ostetriche deve avere l'obiettivo di dare di più, di accompagnare la donna, di promuovere la fisiologia, essere in relazione, offrire sostegno emozionale e globale, collaborare con le altre professionalità. Il parto si prepara durante la gravidanza. Maggiormente l'ostetrica la segue e maggiormente la donna è pronta ad affrontare la nascita. La continuità dell'assistenza è lo strumento attraverso il quale l'assistenza diventa personalizzata. Essa pone la donna con il suo bambino, con le loro necessità e desideri, al centro dell'attenzione. L'ostetrica coinvolge la donna nelle decisioni. Ricorre alle procedure assistenziali utili secondo le prove di efficacia disponibili.

Presso l'ASL di Collegno da due anni è attivo un progetto di assistenza one-to-one al percorso della nascita che prevede un ambulatorio delle gravidanze fisiologiche gestito dalle ostetriche in piena autonomia, i corsi pre-parto, l'assistenza al parto a domicilio o in ospedale da parte delle stesse ostetriche che hanno assistito la gravidanza, la dimissione precoce protetta della donna e del bambino.

Centosettanta donne sono state assistite sinora nell'ambulatorio delle gravidanze fisiologiche. Di queste, 33 sono state assistite nell'intero percorso nascita dalle ostetriche del progetto di continuità assistenziale: 8 hanno partorito a casa, 25 hanno partorito in ospedale e hanno poi usufruito della dimissione precoce protetta. Gli esiti materni e fetali sono stati normali. Le altre donne hanno partorito in ospedale assistite da ostetriche ospedaliere. Molte di queste donne hanno usufruito del servizio di sostegno all'allattamento fornito dalle ostetriche del progetto. Complessivamente il successo raggiunto per l'allattamento al seno è stato 81% di allattamento esclusivo a tre mesi e 68% a sei mesi.

PROGETTO SPAZIO DONNA CENTRO DI RIFERIMENTO PER LA GRAVIDANZA FISIOLÓGICA 1999-20001 Anna Giugliano

AZIENDA POLICLINICO UMBERTO I
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "LA SAPIENZA"

DIPARTIMENTO DI SCIENZE GINECOLOGICHE, PERINATOLOGIA E PEDIATRIA
DIRETTORE: PROF. ERMELANDO V. COSMI



*Centro di riferimento per la gravidanza fisiologica
gestito da ostetriche*

Coordinatrice Responsabile: Capo Ostetrica Anna Giugliano

Spazio donna

Obiettivi:

- ✓ **Garantire** la tutela della salute madre-bambino facilitando precocemente il legame madre-bambino
- ✓ **Portare** alla luce le potenzialità della donna in tutti i suoi ruoli, cercando di farle rinascere il desiderio di maternità
- ✓ **Ridurre** tutti i meccanismi di ansia e di stress che costringono le donne che oggi vivono una gravidanza e un parto "ultramedicalizzati" a non volere altri figli
- ✓ **Creare** un luogo protetto per la nascita naturale e la promozione della fisiologia e della salute, riducendo così i tagli cesarei

Spazio donna

Obiettivi (segue):

- ✓ **Migliorare** la qualità dell'assistenza
- ✓ **Elevare** la professionalità degli operatori con corsi di aggiornamento obbligatori
- ✓ **Contenere** i costi di gestione in relazione alla qualità e quantità delle prestazioni erogate
- ✓ **Assicurare:**
 - * il rispetto della dignità e dei diritti della donna, dei bambini e della coppia;
 - * l'umanizzazione dell'assistenza;
 - * la revisione delle forme e modalità di assistenza tradizionalmente praticate.

Spazio donna

Quali servizi offre?

- ✓ *Colloqui di coppia*
- ✓ *Corso di preparazione al parto attivo (dalla 24^a settimana)*
- ✓ *Corso di esercizi - posizioni e massaggi (dalla 38^a alla 42^a settimana - Metodo "Spazio donna")*
- ✓ *Corso dopo parto o esogestazione (sostegno all'allattamento con esercizi di riabilitazione del perineo - 2 incontri al mese per 9 mesi)*
- ✓ *Massaggio bioenergetico alla coppia e al bambino*
- ✓ *Servizio di prenotazione per*
 - ® *Centro prelievi*
 - ® *Visite ostetriche*
 - ® *Ecografie ostetriche*
 - ® *Cardiotocografia*
 - ® *Elettrocardiogramma e visita cardiologica*
 - ® *Tamponi vaginali*

Spazio donna

Corso di preparazione al parto attivo

Si articola in 10 incontri di due ore ciascuno.

Gli incontri trattano i seguenti argomenti:

Alimentazione in gravidanza

Corredino

Igiene del neonato

Allattamento al seno I

Allattamento al seno II

Allattamento misto e artificiale

Relazione madre-bambino

Puerperio

Incontri di coppia

Travaglio-parto

Massaggio bioenergetico dolce alla coppia e al bambino

Si consiglia di iniziare il corso alla 24° settimana di gravidanza

Ciascun incontro teorico è accompagnato dal lavoro sul corpo

(esercizi di Yoga, Stretching, Shiatsu e alcuni movimenti della danza del ventre)

Spazio donna

CORSO PER L'ATTIVAZIONE NATURALE AL TRAVAGLIO DI PARTO MEDIANTE MASSAGGI ESERCIZI E POSIZIONI DOPO STUDIO ECOGRAFICO CON VALUTAZIONE DEL PESO FETALE DALLA 37° SETTIMANA DI GRAVIDANZA ALLA 42° SETTIMANA " METODO SPAZIO DONNA"

Prestazioni erogate dal 22/10/01 al 22/09/02

(Totale numero prestazioni = 834)

Presentato un Progetto di un PUNTO NASCITA con i criteri dello SPAZIO DONNA non è mai arrivato nessun finanziamento, non sono mai stati adeguati gli spazi e gli arredi, non esiste un reparto di Puerperio e le donne che allattano devono recarsi presso il nido ad orari stabiliti dagli operatori sanitari, non esiste il famoso parto alternativo (ACCOVACCIATO - IN PIEDI - SEDIA OLANDESE - IN ACQUA), non esiste la Dimissione Precoce e neanche quella Protetta, non esiste Puerperio Domiciliare, non esiste il Parto presso il proprio domicilio, non sono mai partiti i corsi di formazione e aggiornamento professionale come richiesti dal Progetto, non esiste la stanza per il Parto Naturale, non è stata mai assegnata nessuna Studentessa del Corso di Laurea per Ostetrico/a per il tirocinio nell' Ambulatorio di fisiologia della gravidanza, non esiste la donazione del cordone ombelicale. L'azione di miglioramento continuo della qualità del servizio deve essere costante per avere credibilità presso le donne/utenti, ma in questo caso è soltanto il sacrificio dei singoli individui.

RISPETTARE LA NORMALITA' DELLA NASCITA: PROBLEMI E PROPOSTE

Barbara Grandi

Poggibonsi

I ginecologi svolgono un ruolo importante, salvano vite umane e prevengono gravi danni alla salute se ci sono complicazioni in travaglio e nel parto. Secondo l'OMS circa nel 15% delle gravidanze vi è bisogno di loro. Nei paesi sviluppati sono diventati routine il loro coinvolgimento e i loro interventi anche nel parto normale, senza dimostrazione d'efficacia. Il lievitare degli interventi ormai sappiamo che non si accompagna a un miglioramento degli esiti.

Il tasso dei Tagli Cesarei (TC) ha raggiunto livelli impensabili fino a pochi decenni fa, con un pesante impatto sulla salute di madri e bambini e un notevole aumento dei costi. La medicina basata sull'evidenza ci dà alcune indicazioni che potrebbero ridurre la medicalizzazione, ma sembra che le revisioni sistematiche della letteratura in ostetricia e le linee guida dell'OMS che su di esse si basano vengano diffusamente ignorate.

Anche nei paesi come l'Inghilterra, dove sono state prodotte linee guida evidence based, la loro implementazione è spesso trascurata a livello dipartimentale.(1)

Per i ginecologi è difficile modificare le proprie pratiche in rapporto alle conoscenze che via via si acquisiscono. Un modo per stimolare ad utilizzare maggiormente le revisioni sistematiche del Cochrane e favorire i cambiamenti nei reparti, potrebbe essere quello di intervenire sulle figure apicali con un incontro approfondito di aggiornamento. Nel Regno Unito è stato condotto uno studio randomizzato (2) che ha coinvolto 25 ospedali distrettuali ,con più di 1500 parti l'anno. con una "educational visit" di due-tre ore al primario e alla capo-ostetrica da parte di un gruppo di esperti. Dopo aver valutato i cambiamenti di alcune pratiche cliniche nei reparti 9 mesi dopo , gli autori hanno concluso che questo intervento è insufficiente per convertire una unità di ostetricia alla pratica basata sull'evidenza.

La promozione della normalità non può che avvenire con strategie complesse. Un esempio che ci può ispirare nel nostro percorso verso il cambiamento è quello recente dell'Ontario, in Canada.

In Canada negli anni ,70 e nei primi anni ,80 vi era stato un aumento notevole dei TC (dal 7 al 20%). Nel 1985 la Società d'Ostetricia e Ginecologia del Canada (SOGC) si è impegnata a promuovere la riduzione degli interventi chirurgici non necessari , e in una Conferenza Nazionale di Consenso nel 1986 ha prodotto delle apposite linee guida. Negli anni successivi, fino al 1994, i tagli cesarei sono scesi in modo ben evidente, ma poi hanno ricominciato a risalire.

Nell'Ontario il ministero della salute nel 1997, preoccupato per questo andamento, ha sollecitato l'intervento del Women's Health Council' un organismo che si occupa di valutare e migliorare la salute della donna. E' stato formato un gruppo di Opinion Leaders formato da un ginecologo, un'ostetrica, un medico di famiglia, un'infermiera, e un amministratore ospedaliero, con l'incarico di visitare quattro ospedali che avevano bassi tassi di tagli cesarei in modo da identificare le pratiche migliori e i fattori di successo. Gli ospedali erano un piccolo ospedale rurale, un ospedale di 1°, uno di 2° e uno di 3° livello. Lo studio di questi quattro ospedali ha dimostrato che abbassare il numero dei cesarei, e mantenere o migliorare i risultati raggiunti è possibile indipendentemente dal livello di cure prestato(3). Sono stati evidenziati degli **indicatori chiave del successo** e, tenendo conto delle conoscenze scientifiche basate sull'evidenza, sono state sviluppate una serie di raccomandazioni rivolte agli altri ospedali dell'Ontario per ridurre la medicalizzazione e migliorare la qualità delle cure materno infantili.

1) L'atteggiamento degli operatori. Fra il personale era evidente l'orgoglio per i buoni risultati raggiunti nell'abbassare il tasso dei T.C., e il desiderio di migliorare ancora. Si erano posti l'obiettivo di non fare cesarei inutili, malgrado la pressione esercitata dall'aumento dei procedimenti penali per motivi ostetrici, lavorando in team e supportati dall'evidenza scientifica.

2) La filosofia di fondo. Era stata adottata una filosofia della nascita, considerata come un processo fisiologico normale, ma anche un'esperienza con grandi implicazioni nella vita intera della donna e della sua famiglia. Nei quattro ospedali per ridurre lo stress delle donne e aiutarle ad avere una buona esperienza si è cercato di ridurre al minimo la presenza e l'uso della tecnologia, con un'assistenza individualizzata basata sul sostegno più che sull'intervento

a) Nei quattro ospedali si utilizzano i corsi di preparazione al parto e interviste individuali per conoscere i desideri delle donne e promuovere aspettative realistiche sul travaglio e un atteggiamento rilassato sulla nascita.

Si incoraggiano le donne a costruire il proprio progetto di parto e ad essere più attive nel fare delle scelte. Si fanno visitare i reparti di ostetricia in modo che prendano confidenza coi luoghi e lo staff.

b) Si crea un ambiente fisico accogliente, travaglio e parto nella stessa stanza, non attrezzature mediche in vista, ma cuscini, vasche, sgabelli, oggetti che ognuno può usare come crede.

c) si privilegiano tecniche non farmacologiche per ridurre il dolore. Acqua, cambiamenti di posizione, massaggio, ecc.

d) lo staff viene scelto per le sue attitudini ed educato nell'arte del sostegno emotivo

3) L'assistenza continua, one-to-one, nel travaglio attivo, viene considerata un elemento di primaria importanza. Si cerca dunque di trovare le risorse necessarie, adottando anche una certa flessibilità del personale per garantirla. E' diffusa l'opinione che le infermiere rappresentino la colonna portante dell'assistenza, e che da loro dipendano molti dei risultati che si ottengono. Vengono adottate le linee guida della Società di Ostetricia e Ginecologia del Canada (SOGC) rispetto al controllo del benessere fetale in travaglio, utilizzando quindi l'auscultazione intermittente per le donne a basso rischio. Vengono organizzati regolari aggiornamenti del personale sulla sorveglianza del benessere fetale, vengono discussi tutti i casi dubbi e difficili, si cerca nel

caso di un esito avverso, di analizzarlo collettivamente e di modificare le proprie pratiche nel futuro.

4) Forti leaders che si impegnano e incoraggiano lo staff ad adottare la filosofia e le pratiche di cui sopra, che privilegiano il sostegno all'intervento, stimolano le pratiche evidence based e cercano di far applicare i protocolli basati sulle linee guida della SOGC. Creano un'atmosfera in cui ognuno può far sentire la sua voce, selezionano personale motivato, ecc.

-Vengono diffuse capillarmente ai medici e le infermiere le informazioni sull'attività svolta in generale dal reparto, e anche sui risultati della propria individuale pratica, in modo che questa possa essere raffrontata con quella degli altri.

-I capi delle varie discipline formano un gruppo che condivide la stessa visione e gli stessi obiettivi e si riunisce regolarmente per individuare gli indicatori per la valutazione dell'attività, e verificare insieme i risultati ottenuti.

5) Il lavoro di équipe : Viene enfatizzato il lavoro di squadra, l'importanza di analizzare i problemi da diverse prospettive, la necessità di una buona comunicazione e fiducia nelle reciproche competenze, la condivisione delle decisioni.

6) Il rapido intervento di personale ben preparato in grado di gestire le complicazioni. Nello stesso tempo aggiornamento delle infermiere nella gestione delle emergenze, ad esempio corsi di rianimazione neonatale.

7) Pratica basata sull'evidenza.

8) La condivisione dell'obiettivo del miglioramento continuo della qualità delle cure prestate da parte di tutto il personale

9) La raccolta dei dati: accurata gestibile, interattiva. Il team multidisciplinare deve essere in grado di rivedere i report mensili delle pratiche ostetriche, per monitorizzare l'andamento e modificare i programmi per mantenere il buon livello raggiunto, o migliorarlo.

10) Continuità e coordinazione nell'assistenza alla maternità, dall'inizio della gravidanza al puerperio

11) Abilità nel gestire i cambiamenti (ristrutturazioni, cambiamenti nel personale, riduzione della disponibilità di fondi, ecc) . Solo chi monitorizza il suo lavoro e aggiusta le proprie strategie riesce a mantenere i suoi obiettivi, come un ridotto tasso di TC, in tempi di grandi cambiamenti.

Il gruppo di lavoro, a conclusione della sua analisi, sviluppa le sue raccomandazioni, e incoraggia gli altri ospedali dell'Ontario ad adottare la cultura, gli atteggiamenti, le strutture organizzative, le pratiche e i programmi di miglioramento della qualità delle cure di questi 4 Ospedali, congratulandosi con loro.

L'aumento della medicalizzazione è stata attribuita anche alle donne, che rifiutano il dolore e la fatica di un parto normale, e chiedono la peridurale e il TC. In realtà è ben raro che si offrano alle donne adeguate informazioni sui rischi e benefici delle varie procedure, e che le loro siano scelte veramente informate.

Uno dei paesi del mondo col tasso più elevato di Cesarei è il Brasile, dove il 55% delle donne provenienti da famiglie con reddito superiore ai 1000 \$ al mese ha un T.C. Si riteneva che la richiesta delle donne avesse un notevole

peso su questo dato. Quest'anno è comparso sul BMJ uno studio epidemiologico ed etnografico sulle donne che avevano partorito nel 1993 a Pelotas, città del Rio Grande do Sul col 32 % di T.C.(4). I tagli erano più frequenti fra le donne più ricche, più istruite, con più potere decisionale in famiglia, primipare, con più visite in gravidanza, e paradossalmente, fra quelle con minor rischio in gravidanza. Quelle con più bisogno di interventi, erano quelle che ne avevano di meno. Un parto vaginale era ritenuto un'esperienza rischiosa e negativa, mentre il cesareo il trattamento ottimale. Il cesareo era preferito perché considerato più sicuro per il bambino, evitava il dolore in travaglio e il trauma alla vagina. Le donne delle classi socioeconomiche più svantaggiate, che non avevano i mezzi per pagare un ginecologo privato per farsi fare un cesareo, trovavano altri modi per ottenerlo. In un ambiente in cui la qualità delle cure in travaglio è bassa, come gli ospedali pubblici sudamericani, con ristrettezze di personale e di fondi, non stupisce che le donne puntino sul cesareo per non essere abbandonate, trascurate o umiliate.

In Andria siamo sempre stati convinti dell'importanza di diffondere anche fra le donne i risultati delle revisioni sistematiche, in modo da renderle consapevoli dei rischi di certe procedure e da facilitare una vera scelta informata. In Inghilterra Midirs ha prodotto dieci opuscoli evidence based su vari temi di ostetricia (ad esempio il controllo del battito cardiaco fetale in travaglio, le posizioni nel travaglio e nel parto, i luoghi per la nascita, l'epidurale, la presentazione podalica, ecc) in una doppia versione, una per gli operatori, e l'altra per le utenti. Uno studio randomizzato non è riuscito a dimostrare che con la loro distribuzione ci fossero stati cambiamenti nella proporzione delle donne che avevano assunto un ruolo più attivo nel prendere decisioni.(5) Nello studio qualitativo condotto parallelamente (6) sono emersi alcuni elementi che spiegano questo scarso successo. In certi casi gli opuscoli non avevano raggiunto le donne perché lo staff era preoccupato, negli opuscoli si parlava di scelte in realtà non disponibili localmente(ad esempio parto in casa, o podalico per via vaginale). Era piuttosto evidente che il materiale informativo distribuito, se non veniva commentato e spiegato con calma, raramente era preso in considerazione. La maggior parte delle donne tendeva ad andare con la corrente, ad accettare le pratiche in uso. Nella quotidianità dell'attività clinica era chiaro che i ginecologi avevano il potere, definivano le norme, e limitavano molto gli ambiti in cui qualche scelta era possibile.

Anche da noi i pochi ginecologi che dedicano un pò di tempo alla donna per discutere delle opzioni possibili, tendono spesso a pilotare le decisioni, suggerendo le scelte "buone", minimizzando il rischio di un intervento ed enfatizzando il rischio potenziale inerente all'astenersi dall'intervento. Le ostetriche agiscono di solito diversamente, ma il loro potere è minimo in organizzazioni dalla struttura gerarchica come gli attuali ospedali. Quando va bene le donne, più che esercitare scelte informate, si adattano in modo informato alle scelte istituzionali.

Possiamo riflettere su quanto incidono il tipo di preparazione e le opinioni delle donne sul modo in cui partoriscono. In un articolo interessante comparso su "Birth" nel marzo 1999, si svolge un'analisi qualitativa approfondita secondo un modello etnografico dell'esperienza di parto in due gruppi diversi di donne al primo figlio(7). Un gruppo era costituito da 20 donne di classe più elevata, che avevano seguito i corsi del NCT (National Childbirth Trust), critici verso il

modello culturale dominante nel parto, orientato verso la medicalizzazione. Esse per lo più abbracciavano l'ideologia del parto naturale, volevano un'esperienza ricca in cui poter essere protagoniste e fare delle scelte informate rispetto ad eventuali interventi proposti, volevano evitare l'assunzione di farmaci e interferenze mediche di qualunque tipo. L'altro gruppo era costituito da donne individuate dalle ostetriche del Servizio Sanitario Nazionale, che non erano interessate a seguire alcun Corso di Preparazione al Parto, non mettevano in discussione il modello medico, si affidavano completamente alla struttura, volevano solo un parto senza dolore e un figlio in buona salute.

Sarebbe stato logico aspettarsi al momento del parto un comportamento diverso dei due gruppi di donne al momento del travaglio, cosa che invece non è accaduta. Il tasso di interventi, il ricorso a farmaci analgesici, ecc., è stato lo stesso nei due gruppi. Secondo le teorie strutturaliste, la nascita può essere considerata come un rito di passaggio fra due fasi della vita, e l'ideologia che la donna si porta con sé in questo viaggio verso la maternità interagisce con i particolari messaggi simbolici dell'ambiente ospedaliero. I pericoli che questo viaggio biologico comporta possono essere ridotti accettando i rassicuranti riti dell'ospedale, dove si avverte una netta separazione con la vita di ogni giorno, e in questo ambiente diverso, sconvolte da sensazioni potenti mai provate prima, in uno stato particolare di coscienza, anche i valori e le opinioni cambiano. In questa fase di transizione così vulnerabile, fare delle scelte diventa impossibile, affidarsi all'intervento medico può essere confortante.

Non puoi non accettare quello che il modello medico ti propone per aiutarti in un momento difficile se è l'unico che ti trovi intorno. Invece possiamo chiederci: cosa sarebbe successo a quelle stesse donne se si fossero trovate in un ambiente intimo e tranquillo, confortate dolcemente e massaggiate, con la disponibilità di cuscini e grandi vasche piene d'acqua calda ?

La medicalizzazione dell'ambiente, i fattori relativi al sistema delle cure offerte, hanno un, enorme impatto sugli esiti, e neppure avere accanto con continuità un'ostetrica che si conosce è un grosso fattore di protezione. In uno studio randomizzato apparso su Midwifery nel 2000, si è osservato una riduzione delle epidurali e dell'episiotomia, ma non un aumento dei parti vaginali (8). La diffusione dei dati sull'attività dei vari punti nascita, con i tassi di interventi, è molto importante, perché la donna può avere un'idea degli ospedali in cui la normalità del parto è più rispettata. I tassi di analgesie epidurali, ad esempio, variano dal 10 al 70 % nei vari ospedali inglesi, e la donna lo può sapere prima di scegliere in quale ospedale partorire.

Secondo la definizione OMS è normale un parto in cui il travaglio inizia spontaneamente tra le 37 e le 42 settimane, vi è una situazione di basso rischio che permane fino alla nascita, che è spontanea nella posizione di vertice. Dopo, madre e figlio stanno bene. Un parto che sia stato indotto o accelerato, in cui siano stati somministrati farmaci per il dolore, in cui sia stata praticata l'episiotomia, non rientrano in questa categoria. La nascita normale è

quella in cui la madre dà alla luce da sola il suo bambino, con i suoi tempi, usando le sue risorse.

Chi è abituato a lavorare in un affollato reparto, circondato da continui allarmi di sofferenza fetale, estrazioni fetali fatte in emergenza, emorragie irrefrenabili, ha sviluppato negli anni una totale sfiducia nella normalità e sicurezza dell'evento nascita. La formazione è avvenuta in una situazione simile a quella di un laboratorio. Il complesso dispiegarsi degli ormoni della nascita non può avvenire in una situazione di cattività, la natura non può agire al meglio in queste condizioni, dovremmo invece osservare e studiare ancora la fisiologia del parto, e imparare a non disturbare il processo. Un'arte tutta da sviluppare anche fra le ostetriche è quella di intervenire poco, una volta organizzato attorno alla donna un ambiente tranquillo e rassicurante, vigilando sul benessere di madre e bambino. Se si interviene è giusto sempre chiedersi se il nostro intervento è appropriato. Dare l'indicazione a spingere, metterla sul lettino da parto sono interventi quasi sempre inappropriati. In questa visione anche il partogramma, che implica regolari visite vaginali per verificare la normale progressione, non ha molto spazio. Potrebbe avere un senso in aree remote, con personale inesperto, ma il suo uso in situazioni più protette forse oggi va messo in discussione.

Da più parti alcune ostetriche hanno denunciato il loro fallimento nell'incidere effettivamente sulla cultura delle moderne sale parto, e hanno perciò deciso di andarsene a lavorare fuori, in piccole case del parto, o al domicilio delle donne. Solo in un ambiente geograficamente e ideologicamente separato secondo loro si può davvero assistere a un parto normale. Forse hanno ragione, ma questo non significa che quanti di noi lavorano in ospedale debbano rinunciare a programmare delle strategie perché le donne possano partorire in modo più soddisfacente, nel rispetto della fisiologia del loro corpo.

BIBLIOGRAFIA

1) The Implementation and Uptake of Clinical Guidelines in Obstetrics and Gynaecology

Clinical Effectiveness Support Unit of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Allan Templeton ,Mark Charny ,Jane Thomas ,Charnjit Dhillon

2) Randomised trial of educational visits to enhance use of systematic reviews in 25 obstetric units. Jeremy C Wyatt, Sarah Paterson-Brown, Richard Johanson, Douglas G Altman, Michael J Bradburn, and Nicholas M Fisk
BMJ 1998; 317: 1041-1046.

3) Ontario Women,s Health Council. Attaining and maintaining best practices in the use of caesarean section, Toronto, Ontario: Ontario Women Health Council ,2000

4) Consumer demand for caesarean sections in Brazil :informed decision making,patient choice , or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods

Joseph E Potter, Kristine Hopkins, Heloisa Bettiol' Marco Antonio Barbieri, Antonio Augusto Moura da Silva, Roberto Jorge Rona, and Cecily M Begley
BMJ 2002;325 335

5) Use of evidence based leaflets to promote informed choice in maternity care: randomised controlled trial in everyday practice

A O'Cathain, S J Walters, J P Nicholl, K J Thomas, and M Kirkham

BMJ 2002; 324: 643

6) Qualitative study of evidence based leaflets in maternity care

Helen Stapleton, Mavis Kirkham, and Gwenan Thomas

BMJ 2002; 324: 639

7) Decision making in analyses of women's birth stories

Leona Vandevusse

BIRTH 1999; 26: 1

8) The North Staffordshire Changing Childbirth Research Group. A randomized study of midwifery caseload care and traditional shared care,

MIDWIFERY 2000; 16: 295-302

EMPOWERMENT DELLA DONNA PER UN PARTO FISIOLÓGICO

Michela Castagneti

Ostetrica

Torino

Prendendo in prestito il termine inglese derivante da *to empower*, soddisfiamo probabilmente il bisogno di dare un nome alle cose per renderle reali.

Oggi che siamo particolarmente tesi ad una comunicazione più “*globale*”, non ci sentiamo sufficientemente soddisfatti delle potenzialità della lingua italiana e con l’uso di *to empower* ammettiamo comunque la necessità di dover

autorizzare

potenziare

mettere in grado

le donne di partorire nel cosiddetto modo *naturale, fisiologico, dolce, attivo....*

Il parto è un viaggio esperienziale, un viaggio di sperimentazione, di conoscenza, di consapevolezza in cui ogni donna contatta le proprie potenzialità ed i propri limiti.

Un percorso di tale intensità, ha sempre avuto ed ha bisogno di accompagnamento, di sostegno.

Nei paesi dell’area mediterranea, luoghi natali della nostra cultura, parole come maia, matrona, sagefemme, comare, levatrice hanno identificato da sempre la persona socialmente riconosciuta, di fiducia, a cui le donne si affidavano, che stava con il loro dolore durante il travaglio di parto; sono parole che rievocano concetti come madre, saggezza, parole che appartengono all’universo femminile, l’unico considerato naturalmente adeguato per essere presente in un’esperienza così intima, sessuale, della vita di una donna.

L’accompagnamento, il sostegno necessitano quindi di fiducia, una fiducia che deve essere reciproca, deve seguire un flusso che va dalla donna all’ostetrica e dall’ostetrica alla donna.

Spesso nelle nostre realtà operative il flusso va solo nel senso dell’affidamento completo della donna verso l’ostetrica; diventa così difficile autorizzare, potenziare veramente le risorse, le competenze femminili per la promozione della fisiologia della nascita, come diventa un arduo compito se non crediamo che “*le donne sanno partorire ed i bambini sanno nascere*”.

La fiducia reciproca può consentire la responsabilità condivisa ma ha bisogno di disponibilità e rispetto.

L’ostetrica e la donna devono conoscere ed avere fiducia nella fisiologia del parto, giungendo alla consapevolezza che il sostegno deve valorizzare il potenziale femminile, passando entrambe attraverso la conoscenza di sé.

In un processo tendente a mettere in grado le donne di vivere un parto fisiologico, possiamo considerare strumenti le informazioni, la conoscenza, il rispetto di sé e dell’altro, un ambiente protetto e la libera espressività.

Le informazioni e la conoscenza possono favorire la sicurezza, la fiducia in sé ma possono altrettanto trasformarsi in un boomerang e generare paura, sfiducia in sé,

troppa informazione, talvolta di *cattiva qualità*, può non far sentire all'altezza di una situazione, pertanto "**non in grado**".

Chiederci "*quale informazione*" è sicuramente un tema d'attualità visto che sono i canali di potere, politico- economici, che elargiscono l'informazione pubblica in linea con le leggi del mercato, dettando le regole del gioco anche in merito alle tematiche inerenti la salute.

Il rispetto di sé e dell'altro, quale elemento imprescindibile in qualsiasi relazione specie se di cura, è soggetto alle variabili date dalla cultura di appartenenza, dal proprio grado di consapevolezza, di conoscenza di sé, dai propri principi etici; può diventare l'elemento facilitatore che ci consente di costruire per il parto un ambiente protetto, intimo, rispettoso, dove sia consentita la libera espressività.

Quanto siamo in grado di stare con le manifestazioni del dolore, quanto sappiamo accompagnare, sostenere, con quali strumenti, con quale e quanta disponibilità, quanto riconosciamo al dolore il valore esperienziale soggettivo, come tale non misurabile ma interpretabile come parte del vissuto, indispensabile quando è un sintomo importante e rivelatore per elaborare una diagnosi o per valutare l'andamento del travaglio, insomma crediamo che il dolore abbia talento?

Non è sufficiente che i nostri luoghi del parto con la loro logica degli spazi, siano idonei a trasmettere sicurezza, protezione, a consentire la libertà di espressione, poiché la vera alchimia verso il potenziamento delle risorse del femminile si realizza quando *noi* siamo in grado di ascoltare, di osservare il linguaggio del corpo, ponendoci domande per verificare, valutare la paura, la chiusura, l'apertura, la delega, l'abbandono, l'apertura emotiva e fisica in un clima di complicità al femminile.

L'equilibrio tra l'ossitocina, le endorfine, l'adrenalina, è la chimica del parto che è strettamente connessa ai fattori emotivi, relazionali, ambientali, fisici; l'intuizione delle potenzialità, la soddisfazione dei bisogni può consentire e permettere questo viaggio di conoscenza, nell'espressività della nascita.

L'intuizione quale *attitudine a conoscere l'intima essenza delle cose, senza dover ricorrere al ragionamento*, consente l'integrazione dell'osservazione e dell'ascolto concorrendo a far diventare il sostegno un'arte.

L'arte come attività *umana*, regolata da accorgimenti *tecnici*, fondata sullo *studio* e sull'*esperienza* può forse essere integrata con l'evidenza scientifica se esiste copresenza ed armonia tra l'utilizzo della tecnica, dello studio, dell'esperienza (esperienza intesa come un complesso di fatti e fenomeni acquisiti mediante la sensazione, elaborati e strutturati dalla riflessione e verificati) senza dimenticare che è l'elemento *umano* a fare la storia della nascita, specie se vogliamo sostenerla nella modalità che le è propria vale a dire *fisiologica*.

Il riconoscimento che il benessere *fisico* ed *emozionale* della donna durante il travaglio e parto vada monitorato, sia cioè una Modalità di Utilità Dimostrata da chiare prove di efficacia* (così come rispettare il diritto alla privacy, dare supporto emotivo, la possibilità di avere vicino il compagno, di avere informazioni, di assumere posizioni libere, di muoversi, di facilitare il contatto precoce pelle a pelle tra madre e bambino ecc), se da un lato esprime una ufficiale visione olistica dell'assistenza da erogare, dall'altra, poiché sono modalità non acquisite nelle realtà,

rileva un quadro poco “umano” delle nascite, fornendo al contempo sostegno a chi professionalmente insegue questa modalità assistenziale da tempo.

E’ evidente che l’evidenza scientifica inerente al parto, concretamente ha fatto ben poca strada in Italia; tra le nostre realtà ospedaliere rari sono gli esempi di tecnologia applicata in modo appropriato; siamo mancanti di presupposti facilitanti e indispensabili per un cambiamento, quali la *continuità dell’assistenza* che per ora è solo una bella teorica accoppiata di parole, così come il rispetto del diritto alla privacy, le posizioni libere ecc.

La midwifery care low risk, intesa come la continuità assistenziale dell’ostetrica (o team di ostetriche) nel basso rischio, ha dimostrato un abbassamento dei tassi di intervento in gravidanza e al parto*; la sua applicazione nel nostro modello assistenziale presuppone un profondo cambiamento del nostro sistema sanitario, soprattutto della nostra cultura da cui dipende anche la domanda dell’utenza, che deve ancora conquistare l’autorevolezza per essere interpellata nelle scelte in merito alle politiche sanitarie; utenza e operatori devono difendersi da una informazione che usa come attrattiva ed obiettivo l’uso individualistico del mercato sanitario, devono districarsi tra case farmaceutiche, assicurazioni, il tutto condito con messaggi subliminali sulla libertà di scelta con l’unica garanzia che

TUTTI abbiamo bisogno di EMPOWERMENT.

• lo ZINGARELLI 1998 VOCABOLARIO DELLA LINGUA ITALIANA ZANICHELLI

* WHO “*Care in normal birth: a practical Guide*” Report of a technical WORKING Group. Publication WHO/FRH7MSM796.24 Geneva

* Waldestrom U, Turnbull D. *A sistematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services*. Br j Obstet Gynaecol 1998; 1160-1170

Rowley M, Hensley M Brinsmead M, Wlodarczyki J. *Continuity of care by a midwife team versus routine care during pregnancy and birth*. A randomised trial. Med J Austral 1995, 163. 289-293

CASE DI MATERNITÀ' E PARTO A DOMICILIO: A CHE PUNTO SIAMO?

Nadia Morello

Ostetrica
Milano

Riaprire una Casa di Maternità. E' questo l'obiettivo che la nostra Associazione persegue da più di un anno, da quando abbiamo dovuto lasciare, per disdetta del comodato d'affitto, la sede storica che ci ha visto nascere e crescere per 12 anni.

Nel 1990 pensavamo che la legge regionale 16 del 1987 fosse il segno che le istituzioni avrebbero potuto accogliere la richiesta di quelle coppie di genitori che desideravano far nascere i loro bambini fuori dagli ospedali, nelle case o nelle Case di Maternità. Accogliere la richiesta voleva dire accettare o proporre progetti sperimentali e convenzioni con gli operatori o le Associazioni che di questo si occupavano.

La Regione non ha mai risposto e solo nel 2000, grazie ad un'ostinata richiesta da parte nostra è stata istituita una Commissione che doveva stabilire come e dove poteva partire una sperimentazione sul parto a domicilio e nelle Case di Maternità. Al termine dei lavori la Regione ha emesso, nel luglio 2001 le Linee guida per l'assistenza al travaglio e parto fisiologico a domicilio e in Casa di Maternità che definiscono la Casa di Maternità come **“una struttura extraospedaliera, non medicalizzata, con le caratteristiche abitative di una casala cui conduzione è in generale affidata ad ostetriche, figure professionali deputate per definizione all'assistenza della gravidanza, parto e puerperio fisiologici.”**

Se vogliamo pensare positivamente, queste definizioni ci consentono di continuare nell'indirizzo da noi intrapreso 13 anni fa riconoscendo, a posteriori, una legittimità sia al luogo della sede che alla composizione della nostra equipe di lavoro. Non è questo un dettaglio poiché sappiamo quale scarso consenso riscuotano presso la nostra società e cultura le scelte di parto extraospedaliero.

Se vogliamo vederla in modo negativo, da queste Linee guida non emerge nessuna presa in carico da parte della Regione di qualsivoglia sperimentazione in merito né tantomeno vengono esplicitate possibili convenzioni.

Senza nulla concedere comunque “ ..si dà mandato alle ASL di garantire l'attuazione delle Linee guida e di monitorare e verificare le realtà di parto a domicilio e di casa di maternità esistenti nell'ambito territoriale di competenza...”. Chi e come monitorerà e verificherà?

E noi cosa abbiamo fatto dal luglio 2001?

Abbiamo cercato inutilmente di avere un nuovo spazio tramite le istituzioni; abbiamo partecipato ad un bando di concorso del Comune di Milano per l'assegnazione di fondi a progetti inerenti alla legge 285; partecipato ad altro bando di concorso della Provincia di Milano sull'imprenditoria femminile, ricercato spazi privati adatti ad una Casa di Maternità, contattato decine di papabili sponsor.....

I risultati? **Non abbiamo ottenuto i finanziamenti sui progetti e non abbiamo trovato nemmeno una nuova casa in affitto.**

In primavera eravamo determinate a chiudere la nostra esperienza e se ancora non lo abbiamo fatto è perché ci arriva grande sostegno dai genitori della nostra Associazione e le richieste di parto che ancora ci giungono fanno pensare che la Casa di Maternità sia una buona proposta nonostante tutto. Abbiamo continuato con i parti a domicilio.

Che succede nel resto d'Italia?

Un bellissimo progetto a **Bologna** completo e definito in ogni dettaglio è bloccato ed il fatto che non sia stato inserito nel preventivo di bilancio per il prossimo anno fa pensare che **la sua completa realizzazione non avverrà in tempi brevi**. Tutto ciò nonostante una favorevole legge Regionale (26/98) che prevede la possibilità per la donna di scegliere dove partorire tra ospedali, domicilio o case di maternità.

La **Regione Marche** sembrava poter essere la prima a realizzare una Casa di Maternità pubblica e questo grazie ad un costante impegno da parte del Forum delle donne di Ancona attraverso la commissione che si

dedica da anni al tema della maternità. Prima con la legge del 92 a tutela dei diritti della partoriente e poi con la riedizione modificata della legge stessa nel 98 è stato ottenuto lo stanziamento di fondi per i progetti che è servito per la formazione del personale all'interno delle strutture ospedaliere

La formazione è avvenuta ma **non è stato rinnovato lo stanziamento di fondi per il prossimo triennio in cui doveva diventare operativa la struttura adiacente all'ospedale di Ancona destinata a diventare Casa di Maternità.**

Anche la **Regione Campania**, dove i progetti erano più d'uno, ha stanziato e parzialmente erogato fondi ma **non c'è stato il rinnovo che avrebbe consentito il convenzionamento per i parti.**

Una buona notizia arriva dalla recente apertura della **Casa di Montallegro, a Induno Olona**, piccola struttura condotta dal Gruppo Ostetriche di Varese impegnate nel parto a domicilio. Da poco, **le donne che lo preferiscono, possono partorire all'interno di questa confortevole Casa di Maternità.**

Al Convegno di Ischia del 2000 sulle **Case di Maternità**, Verena Schmid parlando di tappe graduali per il cambiamento, riteneva che esperienze transitorie quali le stanze per il parto naturale all'interno degli ospedali o le case parto **intraospedaliere**, potessero servire al percorso di attuazione delle Case di Maternità. Non so se questa strada arriverà dove vorremmo ma è certamente quella che è stata intrapresa in Italia **a Genova come a Sesto S.Giovanni o a Como o ancora a Maglie all'interno di una struttura di Day Hospital.**

Per quanto riguarda i **parti a domicilio** sono rimasti validi in questi anni i rimborsi da parte delle Regioni che già lo facevano (**Piemonte e Trentino**) e di nuovo c'è l'esperienza in atto in **Versilia** che prevede un'assistenza territoriale da parte di un'equipe distaccata dall'Ospedale, riprendendo quanto già avviene al S.Anna di Torino.

Insomma le esperienze sostenute dall'Istituzione (Regione o Provincia) rimangono sporadiche, limitate e in alcune situazioni non sopravvivono, proponendo forse una riflessione sulle possibili soluzioni da proporre per attuare quanto sentiamo sia giusto e quanto ancora molte donne ci chiedono e forse ancor di più ci chiederebbero se fossimo operative.

Sembra che l'Istituzione abbia invece scoperto e persegua l'attuazione della dimissione precoce "protetta"(??). Da una prima analisi si potrebbe pensare che ciò derivi da una sensibilizzazione degli amministratori ai bisogni delle puerpere mentre il vero motivo sta nel recupero di parte della somma percepita con il sistema a DRG. La stessa finanziaria appena approvata dice espressamente che il sistema sanitario dovrà risparmiare riducendo letti e tempi di degenza ..

Ostetriche prima operanti nella sfera del parto ospedaliero o del lavoro consultoriale oggi sono impegnate nell'assistenza alla dimissione precoce per evitare che divenga solamente un risparmio ed un abbandono.

Tornando all'analisi dei possibili errori di valutazione o di operato fatti negli anni scorsi e sulle eventuali proposte per il futuro penso che la parola chiave per entrambe sia individualismo. In passato ci siamo divise in mille piccole associazioni senza trovare la forza e la convinzione per unirci e crescere, disperdendo le energie. Ne è un esempio l'impossibilità di avere a disposizione dati nazionali sul parto a domicilio, nonostante il Coordinamento nazionale delle ostetriche che assistono a domicilio abbia tentato per anni di ottenerli e nonostante sia evidente che poter fornire numeri e documentazione su un parto considerato non sicuro dimostrando il contrario sia l'unico modo per uscire da una condizione di isolamento e pseudoclandestinità.

Le scelte politiche attuali sembrano però spingere ancor più l'iniziativa individuale a scapito di quella sociale, solidale, collettiva.

Bene non resta che trarre il massimo vantaggio cercando anche in piccole e limitate iniziative di ricostruire quella rete di assistenza extraospedaliera che sognavamo senza dimenticare di restare unite negli obiettivi creando un gruppo nazionale solido e scientificamente oltre che socialmente riconosciuto.

INDICAZIONI ALL'USO DELLA VENTOSA OSTETRICA

Gianfranco Gori

**Unità Operativa Ostetricia Ginecologia
Azienda USL' Forlì**

La conoscenza del corretto utilizzo della ventosa ostetrica è un importante strumento che deve fare parte del bagaglio di conoscenze dell'ostetrico nel parto operativo ed il suo utilizzo in caso di mancata progressione fetale può ridurre inoltre notevolmente il ricorso al taglio cesareo.

L'utilizzo della ventosa ostetrica però è stata in passato causa di allarmismo non solo fra operatori ma anche fra la popolazione generale. L'utilizzo della ventosa era stato infatti associato a danni fetali gravi quali la emorragia intracranica; evidenze di letteratura recenti indicano però che è il travaglio anomalo e non l'utilizzo della ventosa o del forcipe il principale fattore di rischio responsabile dei danni fetali.

La ventosa nelle più recenti LG europee viene preferita al forcipe per numerose ragioni, tra cui: il più facile apprendimento della tecnica d'uso, espletamento del parto più rapido, minori traumi genitali, minor discomfort materno, ridotti danni cranio facciali fetali e minor ricorso alla anestesia; negli Usa invece è preferito il forcipe per i minori danni arrecati al neonato (cefaloematomi, emorragie retiniche) e il più elevato tasso di successo del parto. Tuttavia negli ultimi anni anche negli USA si è assistito ad un incremento dell'utilizzo della ventosa ostetrica.

In considerazione dei possibili danni fetali l'utilizzo di tecniche operative (ventosa o forcipe) deve essere attentamente valutato anche in base al rapporto tra rischi e benefici; quindi esclusivamente in caso di precise indicazioni materne e fetali. Le principali indicazioni materne sono: proscrizione agli sforzi materni (es: malattia cardiaca o cerebrovascolare , miopia severa), spinte materne inadeguate durante la fase espulsiva; assenza di collaborazione materna; mentre le principali indicazioni fetali sono: tracciato cardiotocografico poco rassicurante, travaglio eccessivamente prolungato o mancata progressione fetale. Gli operatori devono comunque tenere presente che

nessuna indicazione è assoluta. Le controindicazioni più importanti all'utilizzo della ventosa ostetrica sono inesperienza dell'operatore con lo strumento scelto e l'incapacità ad applicare adeguatamente lo strumento per posizione o situazione fetale. Il fallimento e le complicanze legate all'utilizzo della ventosa ostetrica sono quindi evitabili e correggibili. Tra le manovre correttive troviamo impiego preferenziale di ventose a coppa morbida e la modificazione di comportamenti medici errati nell'applicazione e nell'assistenza al parto con ventosa ostetrica. Per tale motivo è fondamentale un adeguato e standardizzato training del personale medico. Sarebbe inoltre auspicabile verificare periodicamente le procedure applicate tramite programmi di audit.

TRAVAGLIO DI PARTO DOPO CESAREO

E. Esposito, P. Falasca

Per ottenere un cambiamento sostanziale che esponga a rischi minori ed interventi inappropriati le donne che partoriscono al termine della gravidanza successiva ad un pregresso parto cesareo, e per assicurare loro un'offerta di travaglio di prova sicuro credo che vi siano due direzioni da percorrere.

Esse sono:

- l'uso appropriato del taglio cesareo, perciò che concerne le indicazioni,
- e l'accesso alla prova di travaglio dopo un primo parto con taglio cesareo.

La condizione ideale che si deve realizzare, alla fine di questi due percorsi, è: un numero basso di interventi per taglio cesareo sia del primo taglio cesareo che di quelli ripetuti, aumento dei parti vaginali dopo cesareo e puerpere e neonati sani.

In Italia, nel 2000, su 517.000 parti, sono stati eseguiti circa 172.000 Tagli Cesarei: quasi il 33% dei nati. Se questo auspicato decremento ci fosse, porterebbe senza dubbio ad un numero basso di travagli di prova, puranche arrivando ad eseguirne in percentuale molto alta.

NUMERO COMPLESSIVO DI PARTI IN ITALIA a.2000	517.430	
Di cui parti cesarei	171.792	33%
TC con CC	14.478	8.4%
TC senza CC	157.314	91.5%
Dimissioni con pregresso TC	21.882	
STIMA DEL N. DI PARTI VAGINALI (tenendo conto della proporzione di TC)	5904	

Epidemiologia AUSL Ra su dati www.ministerosalute.it

Poiché la donna che accede al travaglio di prova è comunque, e sicuramente, in condizioni psicologiche di disagio maggiore rispetto all'aver un travaglio dopo parto cesareo, un ulteriore importante elemento è rappresentato dalla possibilità che abbia accanto a sé, mentre partorisce, un'ostetrica e/o persone da lei scelte, che la seguano, la sostengano moralmente e l'assistanano in travaglio, aspetto assistenziale che, peraltro, dovremmo assicurare ad ogni partoriente. In un contesto assistenziale adeguato e non con alti tassi di interventi medici routinari!(1-2)

Questo aspetto assistenziale appartiene all'assai più vasta area delle cure materno-infantili, una delle più importanti, per le sue implicazioni sociali. Purtroppo la non sempre sua condivisa importanza da parte dei decisori ai livelli più alti del governo clinico comporta spesso una sua caduta come importanza strategica e quindi una penalizzazione nella allocazione delle risorse. Poiché anche in questo caso fondamentali sono gli elementi di efficacia ed appropriatezza nella pratica clinica e di efficienza nell'uso delle risorse, le informazioni devono essere ampie, esatte e utili ad indirizzare le scelte dei decisori per il governo dell'area materno infantile. Affinchè questo avvenga dobbiamo poter disporre di più fonti di informazioni. Esse sono tre e tutte di fondamentale importanza, sono fonti per il governo clinico e quindi utilizzabili per tutta l'area materno infantile:

- 1- Dati derivanti dai risultati del confronto tra i dati disponibili (SDO, CEDAP) e prove di efficacia derivate da RCT e/o metanalisi,
- 2- Dati derivanti dai risultati del confronto tra i dati di descrizione /percezione soggettiva da parte dei professionisti della cura erogata (audit regionali, nazionali) con modelli di efficienza come Linee Guida EBM, prodotte da Agenzie Pubbliche o Società Scientifiche,

- 3- Dati derivanti dai risultati del confronto tra i dati di descrizione /percezione soggettiva della cura a cui si è esposti da parte degli utenti con modelli di appropriatezza quali le raccomandazioni di agenzie governative o sovranazionali (Ministeri della Salute, WHO, UNICEF, etc.)

Purtroppo disponiamo di molte delle evidenze utili ad orientare le scelte di governo clinico, ma siamo carenti al punto 1, per la scarsa descrittività delle SDO e il faticoso decollo dei CEDAP e al punto 2 per la mancanza di indagini sulla soggettività percepita dagli operatori (3)

Senza questi dati come può essere possibile un'azione di governo clinico che influenzi il fenomeno della epidemia di cesarei con tutto ciò che ad essa consegue, prima di tutto l'alto numero cesarei ripetuti e la scarsa offerta di travagli di prova che possono esitare in VBAC?

Non abbiamo dati nazionali che ci informino sul tasso di VBAC e sullo spessore di questo fenomeno: alcune regioni possono riuscire ad ottenerli, ma quelli nazionali sono solo frutto di stime statistiche.

Perciò la non disseminazione e la non implementazione di questa procedura assistenziale è, almeno in parte, effetto di questo gap.

Un importante risultato lo potremmo ottenere facendo in modo che realmente le donne e le loro famiglie siano protagoniste della propria salute, riconoscendo alla donna una reale centralità rispetto al parto e alle decisioni da prendere.

Certo, purtroppo, di ripetere cose già dette e ricordate, ma non con la necessaria veemenza ed enfasi, vista la situazione attuale, ricordo come uno degli enti sovranazionali, i cui modelli di appropriatezza vanno confrontati con i dati descrittivi/percettivi soggettivi sia la WHO. Le raccomandazioni WHO emanate in più occasioni, se applicate, ci permetterebbero migliori successi, maggior sicurezza e appropriatezza nella scelta delle procedure assistenziali.

Nel 1998 un panel d'esperti ha prodotto, a Venezia, in occasione del 1° Meeting della Perinatal Task Force delle Raccomandazioni per la Regione Europa - WHO Europe. Esse (l'assistenza al parto e alla gravidanza normale deve essere demedicalizzata, di tecnologia appropriata, regionalizzata, basata su prove d'efficacia, multidisciplinare, olistica, centrata sulla famiglia, culturalmente appropriata e deve coinvolgere le donne nel prendere decisioni) sostengono gran parte delle azioni che, come operatori materno-infantili, dovremmo fare per il cambiamento. (4)

In occasione del Meeting successivo, che ha avuto luogo a Bologna nel 2000, è interessante notare come alcuni degli indicatori del processo di cambiamento (Proporzione di travagli assistiti da sole ostetriche, Prevalenza dei tagli cesarei, Bologna score [o media annuale] per punto nascita) che sono stati identificati, sviluppati e posti all'attenzione degli operatori di alcuni punti nascita, al fine di un miglioramento dell'assistenza verso una progressiva demedicalizzazione della gravidanza fisiologica, siano riconducibili intimamente al tema che stiamo affrontando, permettendoci di conoscerlo e svilupparlo ancora meglio: per esempio l'uso del partogramma e dell'induzione farmacologia nell'attribuzione del Bologna score, come più avanti avremo modo di considerare. Questo punteggio è la sintesi di più osservazioni su differenti aspetti dell'assistenza al travaglio, per ognuna delle quali c'è evidenza scientifica della sua utilità. E' applicabile al travaglio fisiologico (travaglio di parto ad inizio spontaneo tra 37 e 42 settimane compiute di un feto singolo in presentazione di vertice) e va calcolato per ogni travaglio fisiologico ed il punteggio complessivo annuo del punto nascita è dato dalla media dei Bologna score.(5)

Persona di fiducia (marito, compagno, parente, ostetrica, doula)	Non presente durante il travaglio ed il parto	Presente durante il travaglio ed il parto
	0	1
Partogramma	Non utilizzato	Utilizzato
	0	1
Ossitocina, analgesia, manovra di Kristeller, episiotomia, ventosa, forcipe, T.C.	Utilizzate	Non utilizzate
	0	1
Posizione al parto	Posizione litotomica (anche se scelta dalla donna)	Posizione libera
	0	1
Contatto pelle-pelle madre neonato per almeno 30'	Non effettuato	Effettuato
	0	1
TOTALE		

Un documento utilissimo e stimolante, un editoriale pubblicato sul British Medical Journal nell'Aprile di quest'anno che, dice in sostanza questo: "per superare il gap fra prove di efficacia e pratica clinica nell'assistenza materna dobbiamo promuovere una pratica basata su prove di efficacia con la quale possiamo allontanare il bisturi!" (6)

L'aumento dei tagli cesarei ricade sulla salute materna e neonatale, incrementando anche i costi dell'assistenza sanitaria e non solo nel momento in cui questo tipo di assistenza viene erogata, ma agendo anche a distanza, nel futuro, quando alla gravidanza successiva, per lo stesso gap su menzionato, non sarà facilmente e in modo appropriato offerta una prova di parto, ma un taglio cesareo ripetuto e inappropriato.

E ciò perché gli stessi professionisti, ancora convinti della sicurezza del taglio cesareo e per loro convenienza ripeteranno lo stesso errore, probabilmente protetti da una configurazione dei sistemi sanitari atta a prendere decisioni medicalizzate routinarie.

Qualcosa di simile lo troviamo nell'articolo di Behague a al. (7) nel concetto espresso in riferimento all'analisi sugli alti tassi di tagli cesarei in Brasile, per cui "il razionale per la scelta che le donne fanno (...di richiedere il taglio cesareo) non deriva da un atteggiamento positivo, fondato su una accurata informazione sui rischi e sui benefici, ma ha lo scopo di evitare effetti collaterali negativi (...minor assistenza, maggiori rischi materni e neonatali)". Applicando lo stesso concetto possiamo spiegare il "fallimento dell'offerta del travaglio di prova in una seconda gravidanza con pregresso parto cesareo" anche nel nostro paese in molti casi.

Infatti nella pratica assistenziale del travaglio di prova e VBAC frequentemente se ne enfatizzano i rischi, con il risultato che la prova, che dovrebbe essere sempre offerta, tranne in ben pochi casi ove esistano controindicazioni assolute ad essa, viene vissuta come un evento con effetti collaterali rischiosi per se stesse e per i bambini e quindi rifiutata o mal accettata.

Così accade che, dopo un primo parto cesareo, quando la donna si trova alla seconda gravidanza, nella quale può finalmente sperare di vivere un'esperienza importante e appagante – oltre che meno rischiosa di un cesareo inappropriato! - come un parto vaginale, può trovare i maggiori ostacoli proprio negli operatori e nella insufficiente e cattiva informazione che da essi riceve, salvo poi far passare la non accettazione del travaglio di prova come un desiderio e decisione della donna e/o del compagno.

La scelta informata che le donne ricevono deve essere corretta, ampia e rispondere alle esigenze per una buona qualità dell'assistenza. Noi operatori dobbiamo fornire informazioni chiare, basate sul confronto delle procedure usate con le evidenze scientifiche disponibili, reali e non mediate solo, o in gran parte, dal terrore di contenziosi giuridico-legali, per quanto importanti, temibili e da non sottovalutare.

Spesso crediamo che certi fenomeni di insufficiente informazione o a sostegno di decisioni inappropriate, al di fuori della centralità che la donna e la famiglia devono avere o senza che la donna vi partecipi, si registrino solo nei paesi in via di sviluppo e che il modello assistenziale occidentale sia protetto da questi rischi: questo è un bias. E non vi si potrà porre riparo senza la promozione nell'assistenza materna di una pratica assistenziale basata su prove di efficacia.

Sul parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo, tra il 2002 e il 2001 sembrava, con un discreto accordo fra le varie agenzie ed associazioni nazionali e sovranazionali, che le risultanze dei dati disponibili prodotti fino a quel momento sostenessero la prova di travaglio di parto, dopo un pregresso parto cesareo, anche indotta. Essa era poi stata indicata come efficace strategia (ACOG¹, RCOG²) per la riduzione dei tassi di tagli cesarei, venendo in questi ad incidere pesantemente la quota di interventi ripetuti. (8-9)

Ma quando uscì lo studio di Lydon-Rochelle (10), uno studio retrospettivo di coorte, le conclusioni a cui gli AA giunsero fissarono a tassi così alti il rischio di morti neonatali e di rottura dell'utero in caso di prova di parto, che attorno a questo studio si concentrò molta attenzione e sembrò davvero, con i suoi risultati scuotere pericolosamente le convinzioni, diverse, formatesi prima di quel momento. La reazione avversa alla giusta offerta del travaglio di prova fu notevolmente rafforzata dall'editoriale di Greene che fu pubblicato lo stesso giorno in cui uscì lo studio di Lydon-Rochelle sullo stesso New England Journal of Medicine, e sostenne le loro conclusioni al punto tale da affermare che se una signora prossima al parto, con un'anamnesi di pregresso taglio cesareo, dopo aver discusso con lui sui rischi e benefici della prova di travaglio, gli avesse chiesto "Ma Dottore, cosa è più sicuro per il mio bambino?", egli avrebbe dovuto dire alla luce delle evidenze esistenti: "Date le conclusioni dello studio di Lydon-Rochelle et al. la mia inequivocabile risposta è: un taglio cesareo ripetuto elettivo!" (11).

In realtà questo studio nei mesi successivi è stato oggetto di discussioni e critiche. Esse riguardano la classificazione dei vari tipi di rottura dell'utero, dalla deiscenza alla rottura completa, l'interpretazione dei dati SDO utilizzati, le modalità e le molecole utilizzate per le induzioni, il tipo di sutura uterina eseguita nel pregresso intervento e la distribuzione delle morti fetali. (12-13-14-15-16-17-18)

Lo studio di Lydon-Rochelle ha permesso però di porre molta attenzione sulla induzione del travaglio di prova ed ha, in un certo senso, rafforzato l'interesse su questa procedura assistenziale della quale, alla fine sembra delinearci una sicurezza soprattutto se insorge spontaneamente, in assenza di controindicazioni assolute, che non sono numerose, anzi sono poche rispetto a quelle che

¹ Negli USA l'ACOG ha fissato un target per l'anno 2001 pari al 40% di parti vaginali dopo primo taglio cesareo (nel 2001 venivano riportati negli U.S.A. tassi di TC Ripetuti pari ad un terzo di tutti i parti cesarei).

² Negli UK il RCOG ha espressamente raccomandato l'uso del travaglio di prova come strategia per ridurre il tasso di T.C. Ripetuti e quindi di T.C. complessivi (2001).

abituamente vengono esplicitate alla partoriente e al partner, che, invece, inducono così un tranquillizzante (per il professionista) e liberatorio (per la donna) consiglio di taglio cesareo!.

Una informazione scorretta ed incompleta è una nostra colpa come professionisti. In particolare perchè in questo modo e nell'erogare la assistenza di cui stiamo discutendo, sottoponiamo le donne a interventi ripetuti inappropriati, e, quindi, a rischi maggiori di placenta accreta, placenta previa, rottura dell'utero, danni intraoperatori agli organi addominali, emorragie, isterectomie e morti materne, che aumentano ad ogni cesareo ripetuto. (19).

Sia perchè l'informazione verso le donne sia corretta e sia anche perchè la formazione degli operatori sia completa, di alto livello e continua, questo argomento - il parto vaginale dopo pregresso cesareo - viene costantemente dibattuto. Lettere ai vari AA, alle riviste specializzate e studi osservazionali o di coorte e, ancora, linee guida sono state e sono sempre più e in più occasioni divenute fonti interessanti ed insostituibili a cui attingere, tutti noi, per muoverci in modo corretto, appropriato e secondo quanto l'evidenza ci consiglia.

Utilizzando strumenti come le evidenze disponibili possiamo tracciare i percorsi assistenziali da seguire con donne alla seconda gravidanza con un pregresso parto cesareo per espletare un parto vaginale. A questo punto possiamo dire che affermare che possono partorire per via vaginale non significa offrire loro una prova a ad alto rischio e non sicura. Anzi le evidenze dimostrano che il travaglio ad insorgenza spontanea, in assenza di controindicazioni assolute al travaglio e al parto vaginale sono sicure.

Però abbiamo bisogno di tutte le informazioni al riguardo, perché il governo clinico possa decidere le azioni per governare: dati, percezione degli utenti e percezione degli operatori.

Il rischio di pagare un prezzo alto, come il non riuscire a implementare questa ed altre procedure assistenziali non può essere ammissibile.

Abbiamo a disposizione una considerevole quantità di supporti estremamente efficaci e robusti.

Oltre ai riferimenti a NICE, RCOG, ACOG, SOGC, AOGOI fonti preziose sono il Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva (SaPeRiDoc) e alla WHO, per il continuo e aggiornato flusso di informazioni che è il sito di SaPeriDoc³ e il secondo per le raccomandazioni e linee guida i documenti che continuamente vengono prodotti.

Difficile è, poi, riuscire a disseminarle nelle nostre unità operative se non con enormi sforzi e con spesso forti resistenze. Molto recentemente è stato proposto da WHO a tutti gli operatori impegnati nella nascita una produzione di WHO-Reproductive Health Documents and Publications il cui nome, IMPAC, significa "Managing Complications in Pregnancy and Childbirth - A guide for midwives and doctors"⁴. In questo documento è reperibile una linea guida dedicata al travaglio dopo un pregresso intervento sull'utero ed essa traccia in modo veramente di facile e utile consultazione un percorso assistenziale dell'offerta del travaglio di prova che tiene conto delle evidenze esistenti e contiene tutte le indicazioni sulle procedure da proporre e costruito con lo scopo di un fondamentale ritorno di informazioni da parte degli utilizzatori.

I M P A C (WHO)

("Managing Complications in Pregnancy and Childbirth - A guide for midwives and doctors")

**TAVAGLIO IN PRESENZA DI UTERO CON PREGRESSA/E CICATRICE/I
DA INTERVENTI CHIRURGICI SULL'UTERO.**

Come affrontare i problemi e gestire l'assistenza

³ CeVeas (Centro per la Valutazione dell'Efficacia della Assistenza Sanitaria). SaPeRiDoc (Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva) www.saperidoc.it

⁴ www.who.org

Predisporre da subito un'infusione intravenosa di liquidi, cominciando ad infondere liquidi iv (soluzione salina fisiologica o Ringer lattato) tramite ago di almeno 16 gauge o cannula, in quantità appropriata alle condizioni della donna. (raddoppiare i liquidi se c'è uno stato di shock).

Cercare di identificare il motivo della presenza di un cicatrice uterina: se si tratta di un pregresso cesareo o di altri interventi chirurgici.

Rischio di rottura dell'utero.

Una cicatrice verticale da pregresso cesareo può rompersi prima del travaglio o durante la fase latente. Se la cicatrice è trasversa bassa la rottura può avvenire durante la fase attiva del travaglio o durante la fase espulsiva.

La rottura può essere piccola, arrivare solo fino al miometrio, con scarso dolore e con scarso sanguinamento e feto e placenta possono rimanere in utero. Il feto può sopravvivere per pochi minuti o alcune ore.

In particolare.

Gli studi disponibili hanno dimostrato che circa il 50% di donne con cicatrice trasversa bassa dell'utero può partorire per via vaginale. In queste donne la frequenza di rottura durante la prova di travaglio è inferiore all'1%.

Prova di travaglio.

Assicurarsi che ci siano le condizioni favorevoli al travaglio, che sono:

- 1.cicatrice trasversa bassa dell'utero
- 2.feto in normale presentazione di vertice
- 3.possibilità di eseguire immediatamente il taglio cesareo se si rende necessario

In assenza di queste condizioni o in presenza di due pregressi cesarei o con anamnesi di pregressa rottura dell'utero il parto deve avvenire con taglio cesareo.

Il travaglio va seguito e monitorato con il partogramma

Se il travaglio attraversa la "alert line" del partogramma bisogna diagnosticare la causa del rallentamento del travaglio e prendere appropriate decisioni

Se c'è un rallentamento del travaglio da inefficienti contrazioni si possono rompere le membrane o accelerarlo con ossitocina.

Se ci sono segni di sproporzione cefalopelvica o ostruzione, eseguire immediatamente un taglio cesareo.

Se ci sono segni di imminente rottura dell'utero (frequente pulsazione materna, dolore addominale persistente, tensione e distensione sovrapubiche, distress fetale) eseguire immediatamente un taglio cesareo.

Se c'è il sospetto di rottura dell'utero eseguire immediatamente un taglio cesareo e riparare l'utero o eseguire l'isterectomia.

Quindi gli strumenti li abbiamo. Ma, in ogni caso, la produzione di pubblicazioni, segnalazioni, audit e studi retrospettivi è continua. Vale la pena qui di soffermarsi su alcuni di questi, perché meritano attenzione. Alcuni sono studi retrospettivi, altri sono frutto di corrispondenze e discussioni di aspetti critici delle pubblicazioni che hanno avuto più risonanza o importanza.

Gli ambienti di lavoro e i modelli assistenziali, le procedure, le linee guida e le azioni di governo clinico sono condivisibili in tutto o in parte con il resto del mondo. In ogni caso chi ha già

analizzato i flussi, chi ha già raccolto dati e diffuso raccomandazioni ha svolto un lavoro prezioso che ci può permettere, nell'accettazione come nella critica, un profilo futuro migliore e assai avanzato.

Abbiamo già parlato, qui e in passato, di alcuni di questi studi come quello di Lydon-Rochelle e di Mozurkewich o di McMahon e di documenti del RCOG, di cui ricordiamo qui soprattutto *The National Sentinel Caesarean Section Audit Report, RCOG Clinical Effectiveness Support Unit, October 2001*. Può quindi essere interessante una ricognizione fra le cose più recenti.

La letteratura prodotta fra dicembre 2001 e oggi (ottobre 2002) contiene comunque spunti interessanti.

1. Poiché il dibattito sull'incremento mondiale dei tagli cesarei è oramai il più discusso alcuni AA hanno revisionato la letteratura (Cochrane Database of Systematic Reviews, Medline, Sociofile, Current Content, PsycLit, Cinhal and EconLit databases) tra il 1985 e il 2001 per identificare strumenti e strategie sviluppati in risposta a questa continua sfida. Un'ulteriore ricerca è stata utilizzata per identificare i livelli di evidenza delle procedure risultanti

- Livello 1: revisioni sistematiche,
- Livello 2: trials randomizzati controllati,
- Livello 3: studi quasi sperimentali,
- Livello 4: studi osservazionali.

Questo lavoro identifica tre categorie di interventi per ridurre il numero di tagli cesarei:

- Strategie psicosociali,
- Strategie clinici,
- Strategie strutturali.

Di essi due sono interventi clinici: Versione cefalica esterna e VBAC, ed uno solo psicosociale: Supporto one-to-one in travaglio di parto, e mostrano una evidenza di livello 1 (revisioni sistematiche) per ridurre il numero di tagli cesarei. Pur sottolineando che le revisioni sistematiche sul VBAC provengono solo da studi condotti negli Stati Uniti si può affermare che una efficace implementazione delle su descritte strategie può dipendere da ambiente socio-culturale, convinzioni ed esperienza. (20)

2. Nel periodo tra il 1991 e il 1999, (21), sono stati presi in considerazione, attraverso le informazioni contenute nei certificati di nascita dei parti avvenuti negli Stati Uniti d'America, i tassi di tagli cesarei e di VBAC:

- il tasso di tagli cesarei si ridusse, tra il 1991 e il 1996 dell'8%, passando da un tasso di 22.6 a 20.7 per 100 nati per aumentare del 6% nel triennio successivo, fino al 1999 [nel 2000 i tagli cesarei aumentano ulteriormente del 4%, passando a 22.9 per 100 nati]. Tra il 1991 e il 1996 il fenomeno interessa donne di tutte le età, con una punta per la fascia dei 30 anni, soprattutto fra donne bianche non ispaniche (10%), mentre l'espressione minore del fenomeno è fra le donne afro americane (1%), ma tra il 1996 e il 1999 interessa donne di età superiore ai 30 anni di tutte le razze/etnie.
- il tasso di VBAC aumenta considerevolmente tra il 1991 e il 1996 passando dal 21.3 al 28.3 per 100 nati in donne con pregresso parto cesareo(33%), ma si riduce del 17% tra il 1996 e il 1999 (arrivando a 23.4 per 100 nati), tutto ciò indipendentemente per ciò che riguarda l'età e la razza/etnia.

3. Le donne sono, purtroppo, tra il fuoco incrociato dei sostenitori della validità e sicurezza della prova di parto dopo un primo parto cesareo da una parte e i sostenitori del parto cesareo ripetuto programmato dall'altra. (22). Esiste, purtroppo, un tale comportamento per cui la scelta dei ginecologi è quella di programmare un taglio cesareo ripetuto anche se la donna manifesta il desiderio di un travaglio di prova e questo nonostante, e a dispetto, dell'evidenza di una ridotta morbilità fra le donne che chiedono, giustamente e correttamente, di pianificare un travaglio di parto dopo un primo parto con taglio cesareo, rispetto alle donne sottoposte ad un taglio cesareo

ripetuto programmato. E nonostante che anche la mortalità materna associata ad esso sia maggiore: circa il 2x10.000, che è il doppio di quella associata al VBAC e circa 4 volte maggiore del parto vaginale normale.

4. Dal 1990 al 2000, negli Stati Uniti d'America vengono presi in considerazione 25.718 parti, per valutare se un pregresso TC, la somministrazione di ossitocina e la macrosomia fetale aumentano il rischio di RUD (rottura utero e deiscenza) e si ottengono i seguenti dati:

- 1 rotture d'utero,
- 10 deiscenze (0.08%),
- 1 morte materna (5%),
- 3 morti neonatali (14%)

Il consiglio dato da gli AA, per ridurre il rischio di URD è di pianificare un parto vaginale dopo TC valutando la storia del primo parto (cesareo) e la macrosomia fetale e usare con moderazione l'ossitocina e monitorare intrapartum i parametri fetali. (23).

5. Da uno studio retrospettivo di coorte, su 24.162 parti, avvenuti in California tra il 1997 e il 2000 1516 VBAC, ne sono stati presi in considerazione 1185. Le osservazioni di questo studio associano ad un minore successo del VBAC, nei casi di travagli di prova indotti verso quelli spontanei, un intervallo tra il primo ed il secondo parto inferiore a 19 mesi. (24).

6. Uno studio scozzese retrospettivo di coorte, ha preso in considerazione 313.238 parti singoli, tra 37 e 43 settimane di gestazione, nel periodo tra il 1992 e il 1997. Di queste donne 15.515 ebbero accesso al travaglio di prova. Quelli che seguono sono i risultati per la mortalità senza la rottura dell'utero:

Type of Birth	PM	OR	95% CI
TOL	12.9/10.000		
Planned repeat CS	1.1/10.000	11.7	1.4 – 101.6
Nulliparous W	3.8/10.000	1.7	1.0 – 3.2
Multiparous W	5.9/10.000	0.9	0.5 – 1.7

e con la rottura dell'utero:

Type of Birth	PM (uterine rupture)	OR	95% CI
TOL	4.5/10.000		
Planned repeat CS	0.0/10.000		
Nulliparous W	0.4/10.000	8.8	3.2 – 24.2
Multiparous W	0.5/10.000	8.5	3.2 – 22.3

Il rischio assoluto di morte perinatale associato alla prova di travaglio di parto in caso di pregresso parto cesareo è basso. In questo studio però il rischio è significativamente più alto rispetto al taglio cesareo programmato e c'è un marcato eccesso di morti legate alla rottura dell'utero, se confrontate con le altre donne in travaglio.(25)

7. Tra il 1988 e il 1999, in Olanda, prendendo in considerazione i parti vaginali dopo primo parto cesareo e utilizzando come fonte il Registro dei Parti, 214 donne hanno partorito dopo pregresso parto cesareo. Ha avuto accesso al travaglio di prova una percentuale di donne pari al 68%, delle quali il 71.4% ha avuto un parto vaginale. Considerando l'andamento del pregresso parto e l'indicazione al taglio cesareo e, in particolare, l'uso o meno di ossitocina, la progressione della dilatazione cervicale, la presenza di contrazioni valide o meno ed il peso fetale gli AA hanno evidenziato che

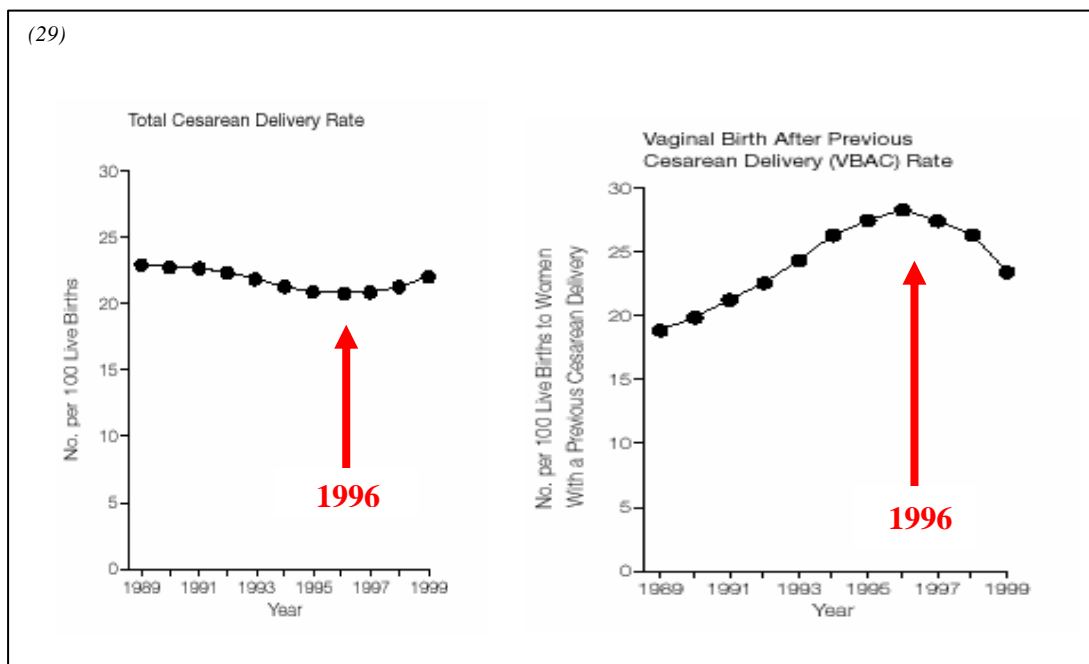
- uso di Ossitocina,
- dil.< 1cm/Ora,
- contrazioni per > 12 Ore,

aumentano del rischio di fallimento dei travagli di parto. Uno strumento utile che viene perciò proposto per tentare di predire il successo del travaglio di prova è il partogramma del primo travaglio, che può essere quindi usato per gestire la decisione di accedere al travaglio di prova nella successiva gravidanza. Al di là della reale predittività che va comunque valutata accuratamente, i maggiori problemi sono legati al rischio di usare un partogramma non accuratamente compilato. (26)

8. L'opinione dell' American College Ob.-Gyn. è che non dovrebbe essere utilizzata l'induzione con prostaglandine nelle donne con pregresso taglio cesareo e/o con precedenti chirurgici importanti. Anzi questa procedura andrebbe scoraggiata. L'ACOG prende anche verso l'uso del misoprostolo una posizione ferma di contrasto al suo utilizzo nelle donne con pregresse cicatrici uterine. D'altro canto, non c'è differenza statisticamente significativa per il rischio di rottura d'utero tra travaglio spontaneo e indotto senza prostaglandine. Il College Americano comunque ribadisce che questo documento non deve essere interpretato come contrario ad una appropriata e sicura pratica del vbac. (27-28)

Il comportamento dei professionisti - in Italia non vi sono studi in merito, ma se ve ne fossero sarebbero sicuramente simili - si traduce in un trend che riflette sia l'aumento dei tagli cesarei che il calo dei VBAC a partire dal 1996 e attraverso tutto il 2000 negli Stati Uniti.

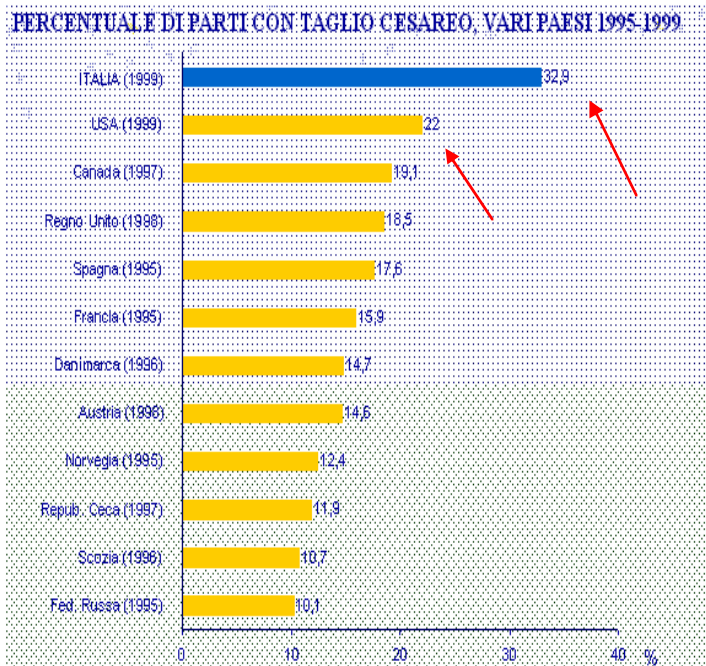
Negli ultimi due anni, dal 2000, la situazione si è ulteriormente modificata, però in meglio: verso un modesto incremento dei tassi di VBAC e verso una deflessione i tassi di tagli cesarei.



E ciò sottolinea, quindi, come sia strategicamente importante:

- 1- diminuire i tagli cesarei attraverso l'appropriatezza delle indicazioni.
- 2- incrementare i VBAC

Mentre i tagli cesarei negli USA si sono stabilizzati attorno al 22%, nel nostro paese il loro numero è salito vertiginosamente al 32.9%. (30)



Esaminate singolarmente le situazioni delle varie regioni italiane, le cose non migliorano.

Convegno: "INFORMAZIONE STATISTICA E POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE"
10-12 Settembre 2002, ISTAT, Roma

PERCENTUALE DI TAGLI CESAREI NELLE DIVERSE REGIONI ITALIANE E DIFFERENZE PERCENTUALI. 1980-1999

	1980	1994	2000	incremento% 1980-2000
Piemonte	14,1	25,4	27,2	92,9
Val d'Aosta	15,6	26,5	23,6	61,3
Lombardia	13,4	20,0	23,7	76,9
Trentino A.A.	11,8	17,7	21,4	81,4
Veneto	11,4	19,3	25,4	122,8
Friuli	12,5	17,0	20,4	63,2
Liguria	14,6	23,1	29,8	104,1
Emilia Romagna	13,8	23,3	28,5	106,5
Toscana	8,4	18,0	24,4	190,5
Umbria	13,2	21,4	26,6	101,5
Marche	12,7	23,9	33,3	162,2
Lazio	15,6	28,2	32,9	110,9
Abruzzo	14,2	22,0	36,4	156,3
Molise	13,2	21,1	35,8	171,2
Campania	8,5	24,4	53,4	528,2
Puglia	9,8	22,7	40,6	314,3
Basilicata	11,3	29,6	40,8	261,1
Calabria	7,1	16,3	37,6	429,6
Sicilia	9,4	24,1	42,5	352,1
Sardegna	5,4	16,9	27,2	300,7
ITALIA	11,2	22,4	33,2	196,4

Dal 1980 al 2000 l'incremento del numero di tagli cesarei ha raggiunto livelli davvero preoccupanti, e i dati si commentano da soli, senza, peraltro una minore mortalità perinatale e una minore morbilità puerperale. Infatti il taglio cesareo non è affatto esente da rischi per il neonato e per la puerpera.

L'oltre 33 per cento (SDO 1999) significa che ogni anno vengono effettuati oltre 170.000 interventi, come dicevamo all'inizio, con un costo umano ed economico non trascurabile: Il rischio di morte materna è infatti di 4-8 volte superiore rispetto al parto vaginale e la morbilità puerperale è 10-15 volte superiore.

Per la Regione Emilia-Romagna, elaborando i dati delle SDO è possibile ricavare il numero di VBAC effettuati. Otteniamo delle percentuali davvero basse. Purtroppo non esiste nel nostro paese una politica sanitaria a cui corrispondano azioni di governo clinico che portino ad una strategia di contenimento del numero di tagli cesarei eseguiti anche attraverso un'incremento del numero di VBAC o, almeno di travagli di prova. Abbiamo, disponibili, linee guida, una anche nazionale, sul parto vaginale dopo taglio cesareo e, adottandole, implementandole e valutandole successivamente potremmo affrontare adeguatamente il dilagare di tagli cesarei a cui stiamo assistendo.

	<i>Rer 2000</i>	<i>Rer 2001</i>	<i>Diff. %</i>
<i>Numero complessivo di Parti</i>	33.649	34.381	2,2%
<i>Di cui Parti Cesarei</i>	9.693	10.078	4,0%
<i>TC con CC</i>	646	755	16,9%
<i>TC senza CC</i>	9.047	9.323	3,1%
<i>Dimissioni con pregresso parto cesareo</i>	2.598	2.747	5,7%
<i>Numero dei parti vaginali dopo TC (VBAC)</i>	701	738	5,3%
<i>% VBAC in Aziende Usl</i>	1,0%	0,9%	-11,8%
<i>% VBAC in Aziende Ospedaliere</i>	6,6%	7,2%	9,7%

Non potendo ricavare gli stessi dati, come per la Regione Emilia – Romagna, anche a livello dell'intero paese, qui possiamo solo fare una stima del numero di VBAC a valenza nazionale.

	<i>Rer 2000</i>		<i>Italia 2000</i>	
<i>Numero complessivo di Parti</i>	33.649		517.430	
<i>Di cui Parti Cesarei</i>	9.693	28,8%	171.792	33,2%
<i>TC con CC</i>	646	6,7%	14.478	8,4%
<i>TC senza CC</i>	9.047	93,3%	157.314	91,6%
<i>Dimissioni con pregresso parto cesareo</i>	2.598	7,7%	21.882	4,2%
<i>Numero dei parti vaginali dopo TC (VBAC)</i>	701	2,9%	5904 (*)	1,7%
<i>% VBAC in Aziende Usl</i>		1,0%		
<i>% VBAC in Aziende Ospedaliere</i>		6,6%		
<i>* stima</i>				

	1999	2000	Diff. %
<i>Numero complessivo di Parti in ITALIA</i>	508.900	517.430	1,7%
<i>Di cui Parti Cesarei</i>	167.323	171.792	2,7%
<i>TC con CC</i>	15.325	14.478	-5,5%
<i>TC senza CC</i>	151.998	157.314	3,5%
<i>Dimissioni con pregresso parto cesareo</i>	15.103	21.882	44,9%
<i>Stima del numero dei parti vaginali dopo TC (tenendo conto della proporzione di TC)</i>	4.075	5904	

Partendo dal 1997 il tasso di tagli cesarei, nella Regione Emilia-Romagna via via aumentato e, contemporaneamente il tasso di VBAC è diminuito.

Regione Emilia-Romagna			
Tassi di parto cesareo per 100 nati vivi			
Anno	Parto cesareo totale	Parto cesareo senza precedente TC	Parto vaginale con precedente TC
1997	27,01	23,25	31,65
1998	27,57	24,08	34,95
1999	27,92	24,21	28,79
2000	28,81	25,11	26,98
2001	29,31	25,51	26,87

In conclusione cosa possiamo proporre?

Io credo che dobbiamo PROPORCI di raggiungere due grandi, forse presuntuosi risultati.

Uno riprende il nostro problema di ottenere una buona informazione.

Perché essa ci sia dobbiamo poter disporre di più fonti e sono le stesse fonti di cui parlavamo all 'inizio, fondamentali, importantissime. Le ricordo di seguito:

- Dati derivanti dai risultati del confronto tra i dati disponibili (SDO, CEDAP) e prove di efficacia derivate da RCT e/o metanalisi,
- Dati derivanti dai risultati del confronto tra i dati di descrizione /percezione soggettiva da parte dei professionisti della cura erogata (audit regionali, nazionali) con modelli di efficienza come Linee Guida EBM, prodotte da Agenzie Pubbliche o Società Scientifiche,
- Dati derivanti dai risultati del confronto tra i dati di descrizione /percezione soggettiva della cura a cui si è esposti da parte degli utenti con modelli di appropriatezza quali le raccomandazioni di agenzie governative o sovranazionali (Ministeri della Salute, WHO, UNICEF, etc.)

Siamo carenti al primo punto, per la scarsa descrittività delle SDO e il faticoso decollo dei CEDAP e al secondo punto per la mancanza di indagini sulla soggettività percepita dagli operatori.

L'altro risultato è rappresentato dalle regole che dobbiamo darci. Abbiamo le evidenze che ci permettono delle azioni di governo per sostenere le procedure appropriate, e allora usiamole!

Non vedo altre possibilità.

Non possiamo perdere una buona occasione per riscattarci da quel “cucchiaino di legno” che Archibald Cochrane conferì all'Ostetricia nel 1977.

Voglio fare un ultimo piccolo tentativo per tranquillizzare chi, magari, sta pensando che tutto ciò si può fare, ma è disturbato o intimorito dai legali e dai giudici che si levano contro di loro.

Per ridurre i rischi legali in caso di VBAC, secondo Bruce L. et al., dobbiamo “assicurare” il nostro operato con:

- il consenso informato,
- la possibilità di allestire con urgenza la Sala Operatoria per l'eventuale taglio cesareo (non sono indicati i tempi, ma uno studio sottolinea che non c'è una morbilità fetale se il TC viene eseguito non oltre 17 minuti dall'inizio di una decelerazione prolungata). (31)

BIBLIOGRAFIA

1. Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(1): CD000199.Review;
2. Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(1):CD000062
3. Gori G. Quali gli stimoli derivabili dal confronto dei dati dell'indagine multiscope dell'ISTAT con le raccomandazioni basate su prove di efficacia per una azione di governo dell'area assistenziale materno infantile. Roma: ISTAT, 12.09.02.
4. WHO Europe . Workshop on perinatal care - Report on a WHO meeting - Venice 1988 Publication no EUR/ICP/FMLY 01.02.02 Copenhagen
5. www.who.dk/document/E76101.pdf e www.who.dk/Publications/20020514_6
6. Langer A, Villar J. Promoting evidence based practice in maternal care. *Would keep the knife away.* Editorial]. *BMJ* 2002;324:928-929
7. Béhague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002;324:94
8. Mozurkewich EL' Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:1187-1197
9. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Oslan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996; 335: 689 – 695.
10. Lydon-Rochelle M, Holt VL' Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001;345:3-8
11. Greene MF. Vaginal delivery after cesarean section -- is the risk acceptable? *N Engl J Med* 2001;345:54-55
12. Baskett TF, Kieser KE. A 10 year population-based study of uterine rupture. *Obstet Gynecol* 2001; 97[4 suppl 1]: S69;
13. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 882-886;
14. Blanchette H, Blanchette M, McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1468-1484. 3;
15. Grubb DK, Kjos SL' Paul RH. Latent labor with an unknown uterine scar. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 351-355;
16. Bivins HA, Gallup DG. Cesarean closure techniques: which work best? *Obstetrics Gynecology Management* 2000; 12: 98;

17. Bujold E, Bujold C, Gauthier RJ. Uterine rupture during a trial of labor after a one- versus two-layer closure of a low transverse cesarean. Abstracts of the 2001 21st annual meeting of the Society for Maternal-Fetal Medicine. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184[suppl]: S18;
18. Enkin MW, Wilkinson C. Single versus two layer suturing for closing the uterine incision at caesarean section (Cochrane review). In: *Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2001*
19. Bernstein P S, *Elective Cesarean Section: An Acceptable Alternative to Vaginal Delivery? Medscape Ob/Gyn & Women's Health* 7(2), 2002
<http://www.medscape.com/viewarticle/441201>.
20. Wallker R, Tumbull D, Wilikinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth.* 2002 Mar;29(1):28-39
21. Menacker F, Curtin SC. Trends in cesarean birth and vaginal birth after previous cesarean, 1991-1999. *Natl Vital Stat Rep* 2001 Dec 27;49(13):1-16
22. Jukelevics N. Women in the Crossfire: Forced Repeat Cesarean. *Birth.* 2002 Jun; 29(2):149-150
23. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ, *Uterine Rupture and Dehiscence: Ten-Year Review and Case-Control Study, South Med J* 95(4):431-435, 2002
24. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA Jr, Chan K. Interdelivery interval and success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2002 Jan; 99(1):41-4
25. Smith GC et Al. Risk Of Perinatal Death Associated With Labor After Previous Cesarean Delivery In Uncomplicated Term Pregnancies. *JAMA* 2002; 287:2684-2690
26. Spaans Wa Et Al., Risk Factors At Caesarean Sectons And Failure Of Subsequent Trial Of Labour, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002 Jan 10;100(2):163-6)
27. ACOG Commitee Opinion, Committee opinion. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2002 Apr;99(4):679-80;
28. ACOG Commitee on Obstetric Practice. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002 Jun;77(3):303-4.
29. Benson Harer Jr W, Vaginal Birth after cesarean delivery-Current status, *JAMA* 2002; 287:2627-2630
30. Convegno "Informazione statistica e politiche per la promozione della salute" 10-12 Settembre 2002. ISTAT, Roma
31. Bruce L. Flamm, Md, Vaginal Birth After Cesarean: Reducing Medical and Legal Risks, *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2001;44:622-629

ANOMALIE DEL CTG: AMNIOINFUSIONE E OSSIGENOTERAPIA

Luana Danti

Università di Brescia
Clinica Ostetrica Ginecologica

AMNIOINFUSIONE

Il primo report sull' utilizzo dell' amnioinfusione in presenza di decelerazioni prolungate o dec variabili ripetitive in travaglio è uno studio osservazionale di Miyazaki e Taylor, pubblicato sull' Am J nel luglio 1983 (1). Due anni dopo lo stesso autore pubblicava il primo lavoro prospettico randomizzato sullo stesso argomento: 96 pazienti arruolate con dec var ripetitive, non scomparse col cambio della posizione materna o l'uso dell'ossigeno. Nel 51% delle pazienti del gruppo di studio (amnioinfusione), le decelerazioni scomparvero (versus il 4% dei casi del gruppo di controllo). Questo giustifica la marcata differenza nella percentuale di TC x sofferenza fetale nei 2 gruppi: 14.8% vs 47.6%. Gli autori ovviamente concludevano che: "saline amnioinfusion is a logical' safe, simple, and effective therapy for the relief of repetitive variable decelerations in the first stage of labor" (2).

Da allora gli studi sull' uso dell'amnioinfusione in travaglio si sono moltiplicati negli anni e, a garantire l'efficacia della metodica, nel 1995 sulla Cochrane Library sono state pubblicate da G.J. Hofmeyr due Reviews fondamentali: la prima sull' utilizzo dell'amnioinfusione in presenza di decelerazioni da compressione del funicolo (**amnioinfusione terapeutica**) (3), la seconda sul suo uso in caso di liquido tinto (**amnioinfusione profilattica** dei rischi connessi all' aspirazione di meconio da parte del feto) (4). Nel primo caso **la metodica è in grado di ridurre almeno del 60% i tagli cesarei eseguiti per sofferenza fetale**; nel secondo, **l'amnioinfusione diminuisce dell'80% il rischio di aspirazione di meconio**.

Le reviews successive della **Cochrane Library** hanno confermato questi dati , anche molto recentemente (5- 6).

RAZIONALE DELLA METODICA

Le decelerazioni variabili sono le anomalie più frequenti nel CTG. Esse sono dovute spesso alla temporanea compressione del funicolo durante la contrazione ed è dimostrato che tale evento è molto più frequente in presenza di oligoamnios. Quando le decelerazioni variabili sono persistenti nel tempo, possono causare ipossiemia ed acidosi nel feto e pertanto la loro presenza è una delle cause più frequenti di taglio cesareo per sofferenza fetale, definizione storica, oggi sostituita dalla dizione più adeguata di "tracciato non rassicurante".

Il liquido tinto è significativamente associato all'oligoamnios e alla presenza di decelerazioni variabili durante il travaglio: questa situazione espone il feto ad aumentato rischio di:

presenza di meconio sotto le corde vocali, necessità di rianimazione e di ventilazione con pressione positiva, sindrome da aspirazione di meconio.

L'utilizzo dell'amnioinfusione rende estremamente rare queste problematiche e, dimezzando la presenza di decelerazioni da compressione, può contribuire

efficacemente a quella politica di diminuzione dei tagli cesarei di cui da tempo si sente la necessità in tutto il mondo, e che oggi in Italia è divenuta necessità improcrastinabile.

INDICAZIONI

- 1) Presenza di persistenti decelerazioni variabili medio-gravi, che non si sono risolte con procedure conservative (cambio di posizione, sospensione della perfusione ossitocica, >10 min di Ossigenoterapia materna a > 10 L/min) in pazienti in travaglio attivo e membrane rotte o con dilatazione > 3cm
- 2) Liquido amniotico tinto (tipo 2-3)

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

- Assenza di attività contrattile, dilatazione < 3cm
- presentazione non di vertice, parte presentata completamente extrapelvica e ballottabile, - gravidanza gemellare, plac previa/distacco di placenta, CTG con variabilità ridotta/assente e decelerazioni tardive

CONTROINDICAZIONI RELATIVE

- Precedente TC,
- parte presentata extrapelvica non confrontata,
- epoca gestazionale < 32 settimane

METODICA

- Con esplorazione vaginale verificare le condizioni permettenti
- Controllo AFI
- Dopo aver raccordato la soluzione fisiologica (a temperatura ambiente) ad un catetere di Foley N° 14 o 16 tramite un normale deflussore, durante una pausa fra le contrazioni e respingendo delicatamente l'estremo cefalico, posizionare il catetere tra le ore 3 e le ore 6 e introdurlo per due terzi della sua lunghezza, senza gonfiare il palloncino.
- Iniziare l'infusione della soluzione fisiologica con una velocità di circa 10-15 ml/min (200-300 gtt/min); durante la contrazione la velocità di infusione diminuisce e si arresta: questo è un segno di buon funzionamento del catetere.
- Terminata l'infusione dei primi 500cc (circa 20-30 min), controllare l'AFI: sospendere se AFI > 80 mm o se si è avuta risoluzione delle decelerazioni
- Se AFI < 80 mm infusione di mantenimento fino al periodo espulsivo, alla velocità di 2-5ml/min (40-100 gtt/min).
- Sospendere la procedura in presenza di ipertono, ipercinesia o se le decelerazioni variabili non scompaiono dopo i primi 500 cc, nonostante il supporto dell'ossigeno terapia materna

- L'AFI aumenta in media di 4 cm ogni 250 ml di soluzione salina infusa, ma una parte dell'infusione può uscire durante la contrazione, soprattutto se il catetere non è posizionato bene o se la dilatazione cervicale è molto avanzata: controllare sempre non solo la quota di fisiologica immessa, ma anche l'eventuale sua eccessiva fuoriuscita, per riposizionare eventualmente meglio il catetere.
- Non è dimostrato alcun beneficio legato all'uso di una pompa da infusione o di soluzione salina preriscaldata, se la velocità di infusione non supera i 10-15 ml/min (7). La soluzione preriscaldata può essere utile per accelerare i tempi, in quanto permette una velocità di infusione maggiore.
- Le complicanze sono molto rare e per lo più legate ad una non corretta tecnica di esecuzione (mal posizionamento del catetere intracervicale, sovradistensione uterina); pertanto la metodica è da considerarsi efficace e sicura (8)

OSSIGENOTERAPIA

L'utilizzo di Ossigeno in maschera alla madre in caso di tracciato non rassicurante durante il travaglio è una procedura che, nonostante sia molto utilizzata in tutto il mondo, non possiede la convalida della medicina dell'evidenza. Come confermato infatti anche dall'ultima revisione Cochrane sull'argomento (9), che si riferisce all'ultima ricerca bibliografica del dicembre 1997, **non è stato possibile rintracciare alcuno studio clinico controllato sull'uso dell'ossigeno-terapia materna durante il travaglio, in presenza di CTG non rassicurante** (decelerazioni variabili persistenti). Peraltro, nonostante ciò, nelle **linee guida dell'ACOG sul monitoraggio intrapartum del 1995**, gli Autori raccomandano l'uso di questa metodica in caso di alterazioni cardiotocografiche lievi-medie (10).

La spiegazione di tale raccomandazione, pur non potendosi basare su studi clinici randomizzati e controllati come vorrebbe la medicina dell'evidenza, si riferisce a **studi sperimentali sul modello animale** e su **studi osservazionali eseguiti con l'Ossimetria o con la N.I.R.S.** (near infrared spectroscopy).

Edestone nel 1985 aveva dimostrato che l'ossigeno al 100% dato alla **pecora** gravida faceva aumentare la quota di O₂ a disposizione del feto, permettendogli di mantenere più a lungo il metabolismo aerobio durante i periodi di riduzione della perfusione ombelicale e quindi aumentando i tempi di tolleranza dell'ipossia (11).

Dildy nel 1994 ha controllato la modificazione nella saturazione dell'ossigeno **nel feto umano** durante iperossigenazione materna e ha verificato come tale metodica sia utile per migliorare la situazione metabolica fetale in caso di ipossia. (12)

L'anno precedente **Mc Namara**, sempre utilizzando la **pulse-oxymetry**, aveva dimostrato che, **se la madre respira ossigeno al 100%, in circa 9 minuti si evidenzia un aumento della saturazione in ossigeno fetale dell'11% circa.**(13)(fig. 1)

Sempre negli stessi anni (1994), **Aldrich**, studiando con la **NIRS** la quota di O₂ cerebrale del feto, evidenziava come **10 minuti di iperossia materna fanno**

umentare del 14% circa la quota si ossigeno nei tessuti cerebrali fetali (aumento dell'oxiemoglobina e contemporanea diminuzione della emoglobina ridotta) (14). (fig 2)

Questi sono gli **studi sperimentali** che hanno permesso di documentare un effettivo aumento dell'ossigeno fetale e dopo iperossigenazione materna durante il travaglio.

Sarebbe quanto mai necessario uno **studio multicentrico randomizzato e controllato, di adeguata numerosità, per poter confermare l'utilità della metodica nel diminuire la quota di TC per tracciato non rassicurante.**

Se teoricamente infatti gli studi sperimentali precedenti dimostrerebbero che l'ossigeno respirato dalla madre aumenta i tempi di tolleranza dell'ipossia per il feto, manca la dimostrazione clinica inoppugnabile che tutto questo può trasformarsi in una diminuzione del numero di TC eseguiti per "fetal distress".

Si sa che la patologia funicolare comporta la comparsa di decelerazioni variabili, che aumentano in frequenza con il procedere del travaglio attivo; il feto sano a termine è in grado di tollerare questo pattern anche per alcune ore (15) (fig 3).

Fleischer nel lontano **1982** infatti ha dimostrato quanto segue: dato un gruppo di feti sani, a termine e in travaglio con **reattività cardiotocografica ancora ben conservata, ma con la presenza di decelerazioni variabili ripetitive nel CTG** (gruppo B), se si controlla la situazione emogasanalitica fetale **con prelievi seriati dallo scalpo**, si vedrà che per almeno 90 minuti nessun feto presenta una situazione di **pre-acidosi (pH fra 7.20 e 7.25)**; dopo 145 minuti il 50% di questi feti è in preacidosi,;dopo 180 minuti, tutti i feti con questo tipo di tracciato hanno una situazione emogasanalitica di pre-allarme.

Pertanto, se l'ossigeno respirato dalla madre è davvero in grado di aumentare i tempi di tolleranza dell'ipossia per il feto come gli studi sperimentali avrebbero dimostrato, questo significa che tale metodica potrebbe permettere a molti feti di nascere senza rischio per via vaginale, dato che il travaglio attivo in genere dura solo poche ore. Peraltro **la medicina dell'evidenza** vuole che ciò possa essere dimostrato con studi adeguati e, in sede di relazione, si valuterà durante la discussione la possibilità di organizzare uno studio clinico multicentrico randomizzato e controllato sull' utilizzo dell'ossigeno -terapia materna durante il travaglio, in presenza di decelerazioni variabili ripetitive.

BIBLIOGRAFIA

- 1) F S Miyazaki, N A Taylor “Saline amnioinfusion for relief of variable or prolonged decelerations”
- 2) *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:670-8
- 3) F S Miyazaki, F Nevarez “Saline amnioinfusion for repetitive variable decelerations: a prospective randomized study” *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153:301-6
- 4) G J Hofmeyr “Amnioinfusion in intrapartum umbilical cord compression” *Cochrane Database Review* N° 4137 1995
- 5) G J Hofmeyr “Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour” *Cochrane Database Review* N° 05379 1995
- 6) G J Hofmeyr “Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour” *Cochrane Review: in The Cochrane Library, Issue 3* , 2002
- 7) G J Hofmeyr “Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour” *Cochrane Review: in The Cochrane Library, Issue 3* , 2002
- 8) J C Glantz, D L Letteney “Pumps and warmers during amnioinfusion: is either necessary?” *Obstet Gynecol* 1996; 87:150-5
- 9) K Wenstrom, W W Andrews, J E Maher “Amnioinfusion survey: prevalence, protocols, and complications” *Obstet Gynecol* 1995; 86:572-6
- 10) G J Hofmeyr “Maternal oxygen administration for fetal distress” (Review) *Cochrane Library Issue 2* 2002
- 11) ACOG technical bulletin N° 207 July 1995 “Fetal heart rate patterns: monitoring, interpretation, and management” *Int J of Gyn and Obst* 51 (1995) 65-74
- 12) D I Eldestone et al “Effects of maternal oxygen administration on fetal oxygenation during reductions in umbilical blood flow in fetal lambs” *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 381-88
- 13) E Y Dildy et al “Intrapartum fetal pulse oximetry. The effect of maternal hyperoxia on fetal arterial oxygen saturation” *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1120-24
- 14) H Mc Namara et al “The effect on fetal arteriolar oxygen saturation resulting from giving oxygen to the mother measured by pulse oximetry” *Br J Obstet Gynecol* 1993 vol 100, pp 446-449
- 15) C J Aldrich et al “The effect of maternal oxygen administration on human fetal cerebral oxygenation measured during labour by near infrared spectroscopy” *Br J Obstet Gynecol* 1994 Vol 101, pp 509-513
- 16) A Fleischer et al “The development of fetal acidosis in the presence of abnormal fetal heart rate tracing” *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144: 55-60

L'ADATTAMENTO NEONATALE

Francesco Morandi

U.O. Pediatria-Sezione Neonati, Ospedale "Sacra Famiglia" Erba (CO).

Il British Medical Journal (BMJ) ha recentemente invitato i propri lettori a votare sul sito web la classifica delle "top 10 non-diseases" e ne sono state segnalate quasi 200 (1). In questa classifica la **nascita di un bambino** e la **gravidanza** si sono classificate rispettivamente all'undicesimo e al diciottesimo posto. Una lettura un po' superficiale e affrettata di questi dati ci può indurre a considerare che quanto viene attualmente fatto è quindi un eccesso di medicalizzazione e se questo problema è effettivamente reale deve però essere affrontato senza preconcetti e pregiudizi per evitare atteggiamenti disorientanti, confondenti e radicali. Se demedicalizzare vuol significare restituire potere ai pazienti, incoraggiare l'auto-cura e l'autonomia, distribuire più equamente le cure efficaci, evitare di classificare i problemi della vita come problemi medici, allora è necessario prendere questa direzione. Ma se demedicalizzare vuol dire ritornare acriticamente alla "natura" ignorando una lunga serie di risultati ottenuti dalla "scienza" (intesa come materia in continua modificazione, proprio perché è continuamente sottoposta a discussione) allora facciamo molta attenzione.

Il problema è ovviamente molto complesso e lo è ancora di più se pensiamo ai dati di Amartya Sen che mostrano che tanto più una società spende in assistenza sanitaria e tanto più i suoi abitanti si considerano come malati (2), oppure ai progressi della genetica che aprono la possibilità di definire quasi tutti noi come malati diagnosticando geni "difettosi" che ci predispongono alla malattia (3), oppure ai chiari interessi delle compagnie farmaceutiche nel medicalizzare i problemi della vita (4), oppure al fatto che la sofferenza di molte persone con "non malattie" può essere molto maggiore di quella di persone con malattie riconosciute universalmente.

Per ritornare all'evento nascita, che ovviamente riguarda sempre due persone, mamma e bambino, possiamo sintetizzare dicendo che sarebbe importante incrementare una filosofia della nascita intesa in primo luogo come evento fisiologico (5). Inoltre può essere utile ricordare come D. Winnicott nel lontano 1958 definì il post-partum: "quello stato molto speciale che è simile a una malattia pur essendo normale".

Quindi se la nascita non è una malattia (e non ci voleva certo la classifica del BMJ per arrivare a questa conclusione) è ancora più importante, rispetto ad una vera malattia, conoscere molto bene la normalità, la fisiologia, per sapere accompagnare, per sapere non intervenire, per sapere dove cercare, per sapere anticipare le deviazioni di percorso, per sapere essere osservatori attenti ma discreti ricordando che noi riusciamo a vedere quello che il nostro cervello conosce.

Dire non malattia non vuole però essere una banalizzazione dell'evento nascita anzi la transizione dalla vita fetale a quella neonatale rappresenta uno dei periodi più dinamici e difficili dell'intero ciclo della vita umana. Il passaggio da un organismo completamente dipendente da un altro per l'ossigenazione e i nutrienti ad uno indipendente richiede un periodo di intensi aggiustamenti che dura da pochi minuti a ore e a giorni dopo la nascita (6).

Sebbene la maggior parte dei neonati a termine (90%) raggiunge l'omeostasi fisiologica senza alcuna difficoltà, va ricordato che poco meno del 10% dei neonati ha bisogno di qualche forma di assistenza per respirare alla nascita, che l'1% necessita di ventilazione a pressione positiva per poter avviare una respirazione e un'attività cardiaca efficaci e che solo il 0.1-0.2% richiede anche compressioni toraciche e/o rianimazione farmacologica come parte del percorso rianimatorio (7).

E' possibile prevedere quali neonati avranno problemi di adattamento neonatale e quindi necessiteranno dell'aiuto di qualcuno e di un aiuto che sia correttamente dato secondo le attuali

evidenze scientifiche? Purtroppo la risposta è no, anche se sappiamo che esistono dei fattori di rischio antepartum e intrapartum.

Questo vuol dire che la gravidanza e le modalità del parto possono condizionare l'adattamento neonatale e quindi che, in primo luogo, la comunicazione fra gli operatori ostetrici (medici, ostetriche, infermiere) e quelli pediatrici (medici, infermiere) deve essere ottimale e continua per non essere mai colti impreparati di fronte agli eventi acquisendo l'abitudine di non dare mai niente per scontato perché quello che sembra semplice e chiaro all'ostetrico non è necessariamente chiaro e comprensibile per il pediatra e viceversa. Tutto questo richiede tempo e disponibilità al cambiamento avendo ben presente quanto ci dicono G. Bert e S. Quadrino che "i comportamenti di ciascuno di noi sono condizionati da ciò che abbiamo sempre fatto (e siamo convinti di dover continuare a fare) e da ciò che temiamo di veder succedere se tentassimo di cambiare" (8).

Quindi la trasmissione dell'anamnesi ostetrica agli operatori pediatrici non deve essere per gli operatori ostetrici motivo di fastidio, quasi una perdita di tempo, e gli operatori pediatrici devono mostrare maggiore interesse e curiosità per tali informazioni e sviluppare maggiori conoscenze per interpretarli e discuterli; si potrebbe parlare di una sorta di reciproco controllo sociale.

Quante volte discutiamo nella pratica quotidiana il timing del taglio cesareo elettivo a termine di gravidanza pur sapendo che la morbilità respiratoria neonatale è più bassa nella settimana da 39 a 39+6 rispetto alle due precedenti? (9)

Quanto detto finora evidenzia quanto l'adattamento neonatale non deve riguardare solo il neonato, ma anche la madre e la diade madre-neonato e per quanto riguarda gli operatori deve riguardare tutti quelli che hanno a che fare con la madre e il neonato.

Se vogliamo riferirci più specificamente al neonato ricordiamo che la fisiologia della transizione prevede un adattamento cardiovascolare, uno respiratorio, uno termico e uno metabolico che possono interferire fra loro. Nella maggior parte dei casi nulla di particolare deve essere fatto perché gli eventi fisiologici normali si realizzino. Il rischio maggiore è talvolta quello di fare cose non utili o addirittura dannose come ad esempio controlli ingiustificati della glicemia (10), valutazioni strumentali, procedure invasive (11), interferenze con l'allattamento al seno, ecc., dimenticandoci invece che il contatto pelle-pelle è ottimale per l'adattamento neonatale specialmente come protezione contro l'ipotermia e l'ipoglicemia e anche se la pelle è quella del padre (12).

Cerchiamo anche di utilizzare criticamente alcune consuetudini che ci sono state trasmesse andando alla ricerca della loro utilità dove esistono prove di efficacia disponibili o del loro possibile danno. Per concludere pensiamo all'adattamento neonatale anche come a un qualcosa che non si risolve in minuti od ore e che riguarda solo il neonato, ma che dura giorni e quindi riguarda la diade madre-neonato e questo può voler dire ad esempio screenare la depressione post-partum che poi molte volte inizia già durante la gravidanza (13) e dunque ritorniamo alla necessità di saper cogliere correttamente i problemi e le difficoltà e di saper comunicare efficacemente fra operatori ostetrici e pediatrici.

"Molto vedesti, ma ancora è nulla" (Miguel de Cervantes "Don Chisciotte").

BIBLIOGRAFIA

1. R. Smith. In search of "non-disease". *BMJ* 2002;324:883-885.
2. A. Sen. Health:perception versus observation. *BMJ* 2002;324:859-860.
3. D. Melzer, R. Zimmern. Genetics and medicalisation. *BMJ* 2002;324:863-864.
4. N. Freemantle. Medicalisation, limits to medicine, or never enough money to go around? *BMJ* 2002;324:864-865.
5. R. Johanson, M. Newburn, A. Macfarlane. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ* 2002;324:892-895.
6. D.F. Askin. Complications in the transition from fetal to neonatal life. *JOGNN* 2002;31:318-327.

7. International Guidelines for Neonatal Resuscitation: An Excerpt From the Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care: International Consensus on Science. *Pediatrics* 2000;106(3)e29.
8. G. Bert, S. Quadrino. *Parole di medici, parole di pazienti*. Il Pensiero Scientifico Editore.
9. J.J Morrison, J.M. Rennie, P.J. Milton. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term : influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:101-106.
10. K.K. Diwakar, M.V. Sasidhar. Plasma glucose levels in term infants who are appropriate size for gestation and exclusively breast fed. *Arch Dis Child* 2002;87:F46-F48.
11. P.C. Estol' H. Piriz, S. Basalo, F. Simini, C. Grela. Oro-naso-pharyngeal suction at birth: effects on respiratory adaptation of normal term vaginally born infants. *J Perinat Med* 1992;20:297-305.
12. K. Christensson. Fathers can effectively achieve heat conservation in healthy newborn infants. *Acta Paediatr* 1996;85:1354-1360.
13. D.M. Fergusson, L.J. Horwood, K. Thorpe and the ALSPAC Study Team. Changes in depression during and following pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 1996;10:279-293.

SUPPORTO ALL' ALLATTAMENTO AL SENO NEI CENTRI NASCITA E A DOMICILIO

***Dr. Arturo Giustardi, Dr.ssa Giovanna Liguoro,
*Dr.ssa Arianna De Martino**

Oggi giorno nel nostro paese , la maggior parte delle nascite , avviene negli ospedali pubblici, centri convenzionati o privati . Un' attenzione particolare è diretta all' incoraggiamento ed al sostegno dell' allattamento al seno , indipendentemente dalla giornata di dimissione del neonato dalla struttura . Il pediatra-neonatologo , con professionalità e competenza , gioca un ruolo determinante nella promozione dell' allattamento al seno, sia a livello individuale che nell' ambito della struttura sanitaria in cui opera . Risultano così determinanti le attività formative e l'aggiornamento professionale rivolto al personale sanitario : ostetriche infermieri , vigilatrici d' infanzia , puericultrici .L' informazione sui benefici dell' allattamento al seno per motivare le future madri ,specialmente le primipare ,prospettando loro anche le difficoltà a cui andranno incontro e le possibili soluzioni , si è dimostrata una scelta vincente , come accade nei corsi di preparazione al parto , dove sempre più spesso, vengono coinvolti altri membri della famiglia quali il partner o la nonna. Ma altro si puo' fare ,per rafforzare le conoscenze della popolazione sui benefici dell' allattamento al seno. La scuola è sicuramente il luogo ideale per cominciare un programma di questo tipo. In un' intervista fatta in un liceo di Milano a ragazzi che frequentavano l' ultimo anno, alla domanda a cosa servisse il seno, solo il 3% rispose per allattare il neonato.

Sembra dimostrato che nella promozione all' allattamento al seno , la semplice distribuzione di materiale cartaceo , senza il supporto di confronto e discussione ,non abbia sortito un effetto positivo. Anche se l' intervento prenatale del pediatra-neonatologo, delle ostetriche e degli infermieri , rappresenta per i futuri genitori un ' utile incontro per essere informati sul tipo di assistenza neonatale fornita dalla struttura ove avverrà il parto , bisogna ammettere che il risultato finale dell' educazione prenatale si è dimostrato alquanto scadente .Il contatto precoce fra madre e figlio subito dopo la nascita, ha un' effetto positivo sull' allattamento al seno, riduce la somministrazione precoce di latte adattato, riduce il pianto del bambino. Il contatto pelle a pelle , va proposto possibilmente subito dopo il parto , così da creare le condizioni microclimatiche favorevoli la suzione del bambino al seno .L' intervento degli operatori sanitari, deve comunque attenersi sempre, a criteri di sicurezza e di opportunità. Nel promuovere l' allattamento al seno in sala parto, ed i primi contatti fra madre e bambino , non si deve infatti rinunciare alla valutazione e all' attenta supervisione delle condizioni di benessere del neonato. In particolare, l' avvio dell' allattamento al seno non deve essere forzato nei modi e nei tempi , onde evitare effetti controproducenti. Bisogna sempre tener presente eventuali difficoltà del travaglio e del parto, oltre alla volontà espressa della madre. Così come , le procedure assistenziali non d' urgenza , come il primo bagnetto o la profilassi di routine ,possono essere posticipate di qualche ora, in modo da non interferire ed interrompere l' intimità tra bambino, madre e padre , tipica delle prime ore dopo la nascita .

Anche se il centro nascita , purtroppo, non è ben organizzato per favorire il contatto precoce, la madre riuscirà ugualmente a mettere al seno il suo bambino anche dopo alcune ore dal parto .Non dimentichiamo infatti i neonati ricoverati in patologia neonatale e il ricordo non tanto lontano del ruolo della balia .

Altro punto fondamentale nella promozione dell' allattamento al seno è il rooming in, ossia la permanenza di madre e bambino nella stessa stanza sia di giorno che di notte, ad eccezione del tempo strettamente necessario alle procedure assistenziali , a partire dal momento in cui la madre sia in grado di rispondere dopo il parto alle richieste del suo bambino. E' inoltre indispensabile che la madre , venga sostenuta e guidata dal personale infermieristico nella presa

in carico del bambino , soprattutto se le condizioni personali le impediscono la normale gestione del figlio. Un altro valido aiuto può venire dagli altri membri della famiglia . Tenuto conto degli effetti positivi e dell'efficacia nel promuovere l' allattamento al seno, il rooming in, deve rappresentare la norma e non l' eccezione nei nostri centri nascita, nel periodo intercorrente fra la nascita e la dimissione dall' ospedale , madre e bambino vanno infatti separati il meno possibile .Il nido, va mantenuto come servizio complementare, per le situazioni di reale bisogno , per rispondere ad eventuali e temporanee richieste da parte della puerpera .

Vorremmo ora esporvi il PROGETTO OMS/UNICEF "OSPEDALE AMICO DEL BAMBINO", nato come strumento di promozione della salute .Nella Dichiarazione degli Innocenti , stipulata nell' agosto del 1990 a Firenze, sotto il patrocinio dell' OMS/UNICEF, con la partecipazione dei rappresentanti governativi di più di 30 paesi e di almeno 10 agenzie dell'ONU , fu proposta per la prima volta un' iniziativa GLOBALE per la promozione dell' allattamento al seno.

Nel giugno del 1991 ad Ankara, in occasione di una riunione dell'Associazione Internazionale di Pediatria , fu lanciata la Campagna dell' OMS/UNICEF " Ospedale Amico del Bambino" (Baby Friendly Hospital o BFHI), che si proponeva di sostenere e promuovere l' allattamento al seno in tutti gli ospedali ed i servizi di maternità. Oltre ad applicare i "Dieci Passi per Allattare al Seno con Successo"

(tab A) , il programma prevede tra l' altro , che l' ospedale che vuole aderire alla rete degli "Ospedale Amico del Bambino", faccia riferimento ad un manuale di auto valutazione appositamente preparato, per apportare eventuali modifiche alla sua organizzazione . Solo in un secondo momento, dopo apposita richiesta , verrà valutato il suo operato . La valutazione, effettuata da professionisti appositamente preparati a livello internazionale ,segue una procedura rigorosa , basata su un manuale per la valutazione esterna.Se la valutazione risulterà positiva l' ospedale viene ufficialmente riconosciuto "Ospedale Amico del Bambino" ed entrerà a far parte della rete. Ad una rilevazione effettuata nel settembre 1998 , risultava che in tutta Europa hanno ottenuto questa nomina ufficiale, 314 ospedali appartenenti a 24 nazioni ; in Italia questo obiettivo non era stato ancora raggiunto da nessuno ospedale.Il primo ad aver conseguito quest' ambito riconoscimento, è il reparto di pediatria diretto dal Dottor Giuliano Audino dell' Ospedale di Bassano del Grappa (tab B e C) . Il lavoro completo è sul sito del gruppo della CARE della Società Italiana di Medicina Perinatale www.careperinatologia.it- cliccare news allattamento al seno

Il lavoro svolto dalla Commissione per la promozione dell' allattamento al seno della Società Italiana di Neonatologia ,coordinata dal dott Arturo Giustardi , con la partecipazione del dott Riccardo D'Avanzo e del dott Antonio Carlucci , lavorando in piena autonomia, ha scelto tra tanti lavori , solo quelli recensiti sul MED-LINE e la maggior parte degli argomenti è stata vagliata secondo il metodo EBM (Evidence Based Medicine), così da attribuire maggiore rigore scientifico. Da questo lavoro è emerso che " il neonatologo italiano promuove l' allattamento al seno" e probabilmente avevamo bisogno solo di un documento per sancire scientificamente, che siamo tutti "assertori" della promozione all' allattamento al seno.

La Commissione sulla promozione all' allattamento al seno , con la collaborazione di alcuni membri della società italiana di medicina perinatale , ha presentato un progetto di formazione per la regione Abruzzo.Il progetto ,il primo finanziato interamente dall' amministrazione della regione Abruzzo , interessa tutti i centri nascita e coinvolge diverse figure professionali: pediatri neonatologi ,ostetriche, ginecologi, infermieri pediatrici, puericultrici , infermieri professionali .

E' ormai di grande attualità l' argomento sulla dimissione precoce e la visita a domicilio.Sarebbe auspicabile per ogni madre che ha partorito, avere un supporto a domicilio .La figura professionale delegata , dovrebbe essere l' ostetrica , come già emerso dalle raccomandazioni sulla dimissione precoce , accettate da tutte le società scientifiche. Il supporto a casa dovrebbe avvenire sino al successo dell' allattamento, ed altre figure professionali possono collaborare alla visita domiciliare.

Gli operatori che partecipano ai corsi di formazione per l'allattamento al seno, oltre ad essere fortemente motivati, ed attentamente istruiti, devono imparare le tecniche di counselling, metodo attraverso il quale l'operatore interagisce con la madre, cerca di carpire le emozioni, aiutandola a decidere sul da farsi. E' indispensabile, pertanto, dimostrare grandi capacità di ascolto e di apprendimento.

Utile possono essere queste semplici tecniche:

A una comunicazione –non verbale adeguata

B posizionarsi in modo tale da avere la testa dell'operatore allo stesso livello della mamma

C guardare negli occhi la madre e prestarle attenzione mentre parla

D evitare barriere fisiche

E mostrare disponibilità di tempo, non avere fretta, sorriderle, guardare mentre allatta e aspettare con pazienza le sue domande

F contatto fisico: toccare il bambino e la madre in modo adeguato.

Tanta strada è stata percorsa in questi ultimi anni, tante le iniziative nate a sostegno dell'allattamento al seno. I progetti qui menzionati ne sono la prova pratica. Ma tanto ancora si deve fare. Il momento è propizio, per attuare nuove idee e progetti, per migliorare e stimolare sempre di più il lavoro di tutti coloro che sostengono da anni l'allattamento al seno.

TABELLA A

1. Definire una linea di condotta scritta per l'allattamento al seno e farla conoscere a tutto il personale sanitario.
2. Fornire a tutto il personale sanitario le competenze necessarie per l'attuazione completa di questa linea di condotta.
3. Informare tutte le donne in gravidanza sui vantaggi e le tecniche dell'allattamento al seno.
4. Aiutare le madri ad iniziare l'allattamento al seno entro mezz'ora dal parto.
5. Mostrare alle madri come allattare e mantenere la secrezione lattea anche nel caso di separazione dal neonato.
6. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne su precisa prescrizione medica.
7. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre in modo che stiano assieme 24 ore su 24 durante la permanenza in ospedale.
8. Incoraggiare l'allattamento al seno tutte le volte che il neonato sollecita di essere nutrito.
9. Non usare tettarelle artificiali o succhiotti durante il periodo dell'allattamento al seno.
10. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo la dimissione dall'ospedale.

Tabella B - GLI INTERVENTI ATTUATI DALL'OSPEDALE DI BASSANO DEL GRAPPA

Novembre 1995: viene attivato il nido aperto; le madri entrano al nido per apprendere ed eseguire pratiche di assistenza al neonato; i neonati rimangono nelle stanze delle madri il pomeriggio (dalle ore 15.00 alle 18.00); sospese le doppie pesate; allattamento a richiesta.

Febbraio 1996: hanno inizio gli "incontri con il pediatra" durante i corsi di preparazione alla nascita e in reparto con le madri degenti.

Giugno 1996: viene attivato il rooming-in diurno: i neonati rimangono con le madri tutto il mattino; rientrano al nido alle ore 14.00 e alle 19.15 (orario delle visite esterne) e alle ore 18.00 (orario di cena delle madri); i neonati possono essere cambiati in stanza.

Marzo 1997: l'orario di visita serale viene spostato dalle ore 19.15 alle 20.00; i neonati rimangono in stanza anche durante la cena delle madri.

Aprile 1997: iniziano le proiezioni di video-cassette informative ai corsi di preparazione al parto.

Ottobre 1997: viene chiuso l'accesso pomeridiano delle visite esterne; i neonati possono rimanere con le madri tutto il giorno; è stata aperta una fascia oraria di accesso (dalle ore 17.00 alle 18.00) riservata ai padri (e fratelli).

Novembre 1997: vengono sospese tutte le supplementazioni di acqua e soluzione glucosata e l'uso di succhiotti-passatempo e biberon; viene attivato il rooming-in serale (fino alle ore 24.00) e, a richiesta, quello notturno.

Dicembre 1997: ha inizio la redazione scritta dei protocolli dell'allattamento al seno.

Gennaio 1998: viene aperto l'ambulatorio dell'allattamento per 5 giorni alla settimana con possibilità di consulenze telefoniche 24 ore su 24.

Febbraio 1998: viene attivata la consulenza psicologica al personale del nido per favorire le comunicazioni all'interno dell'équipe e con le madri e le famiglie.

Giugno 1998: viene iniziata una esperienza integrata degli operatori sanitari del nido e dell'équipe di consulenza psicologica al fine di individuare le caratteristiche delle "madri modello" per i gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento.

Luglio 1998: vengono aperti anche ai padri gli "incontri pomeridiani con il pediatra" finora rivolti solo alle madri degenti in reparto.

Luglio 1998: le "madri modello" intervengono ai corsi di preparazione al parto per comunicare alle neo-madri la loro esperienza nella pratica di allattamento.

Agosto 1998: la fascia oraria di accesso riservata ai padri (e fratelli) viene estesa fino alle ore 19.00, anche durante la cena delle madri.

Ottobre 1998: viene organizzato il "1° Corso di Formazione per la Promozione dell'Allattamento al Seno" per gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali dell'ASL di Bassano del Grappa.

Gennaio 1999: la fascia oraria di accesso riservata ai padri viene aperta alle ore 15.00 alle ore 21.00.

Luglio 1999: adesione ad un più ampio progetto aziendale di auto mutuo aiuto con lo scopo di creare gruppi di madri a sostegno dell'allattamento al seno.

Agosto 1999: progettazione e presentazione di un questionario per valutare la frequenza della pratica dell'allattamento al seno nel primo anno di vita, in collaborazione con i servizi territoriali.

Ottobre 1999: viene organizzato il Convegno interregionale "L'Ospedale che cambia per il Bambino" con interventi specifici dedicati alla promozione e della gestione all'allattamento al seno nelle strutture ospedaliere.

Aprile 2000: viene iniziata collaborazione con consulente psicologa durante i corsi di preparazione alla nascita e al nido per favorire un equilibrato approccio psico-relazionale madre-figlio anche dopo la nascita e la creazione di una rete di sostegno integrata ospedale-territorio per le madri problematiche.

Maggio 2000: con l'intervento di una esperta A.I.M.I. viene organizzato un corso di formazione per operatori sanitari ospedalieri specifico dedicato al massaggio quale strumento di relazione con il bambino.

Giugno 2000: viene ampliato l'ambulatorio dell'allattamento, aprendolo per 7 giorni/settimana ed è definita la compilazione, da parte delle madri che vi accedono, di un apposito modulo da inviarsi al CUP per la registrazione di questa attività.

Luglio 2000: partecipazione del personale medico e paramedico del nido ad una trasmissione su rete televisiva locale dedicata specificatamente alla promozione dell'allattamento al seno.

Settembre 2000: adesione al Gruppo di Lavoro Nazionale della "Care in Perinatologia" che affronta specificatamente i temi della gestione dei corsi di preparazione alla nascita e dell'allattamento al seno in ospedale.

Novembre 2000: partecipazione agli incontri del Gruppo di Lavoro del Piano Triennale per l'Infanzia e l'Adolescenza (L285/97) per promuovere sul territorio la creazione di gruppi di sostegno all'allattamento e alla genitorialità.

Gennaio 2001: gli incontri pediatrici dei corsi di preparazione alla nascita vengono ridisegnati

sdoppiandoli ,per dare maggior spazio agli argomenti della promozione dell'allattamento al seno e, rispettivamente, delle competenze del neonato.

Febbraio 2001:in accordo con la circolare ministeriale ottobre 2000, viene sospesa l'acquisizione gratuita di lattini artificiali promossa dalle diverse ditte produttrici, ricorrendo all'acquisto a prezzo di mercato dei quantitativi necessari.

Marzo 2001: le schede del manuale di autovalutazione vengono compilate e spedite al Comitato UNICEF Nazionale con la formale richiesta di iniziare le procedure per ottenere il riconoscimento di "Ospedale Amico del Bambino".

Maggio 2001: una commissione dell'UNICEF verifica sul posto la congruità dei dati segnalati nelle schede di autovalutazione e avvia le procedure per la certificazione.

Giugno 2001: una commissione dell'UNICEF costituita da esperti internazionali procede alla valutazione dell'applicazione delle dieci norme definite dall'OMS e dall'UNICEF per il successo dell'allattamento al seno in Ospedale. Viene rilasciato un Certificato attestante la congruità delle attività svolte nell'Ospedale di Bassano in attesa della Certificazione Ufficiale.

Luglio - Agosto 2001: su indicazione della Commissione UNICEF vengono introdotti alcuni correttivi per garantire una più completa partecipazione al Rooming-in notturno anche da parte del personale infermieristico e per ridurre le occasioni di separazione madre-neonato, in particolare durante gli orari di visita.

25 Settembre 2001: l'Ospedale di Bassano del Grappa, primo in Italia, ottiene il riconoscimento OMS - UNICEF "Ospedale Amico del Bambino".

Tabella C – ALLATTAMENTO AL SENO ALLA DIMISSIONE DAL NIDO DI BASSANO DEL GRAPPA

1995	Nati vivi: 1520 (esclusi i 124 trasferiti in P.N. o altri centri =1396) Allattati al seno esclusivo: 0 Allattati quasi esclusivamente al seno: 583 (41.8%) Alimentazione mista e/o occasionale: 751 (53.8%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 62 (4.4%)
1996	Nati vivi: 1643 (esclusi 83 trasferiti in P.N. o altri centri =1560) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1456 (93.3%) Alimentazione mista e/o occasionale: 72 (4.7%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 32 (2.0%)
1997	Nati vivi: 1727 (esclusi 55 trasferiti in P.N. o altri centri =1672) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1596 (95.4%) Alimentazione mista e/o occasionale: 45 (2.7%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 31 (1.9%)
1998	Nati vivi: 1785(esclusi 87 trasferiti in P.N. o altri centri =1698) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1632 (96,1%) Alimentazione mista e/o occasionale: 46 (2,7%) Alimentazione artificiale dalla nascita: 20 (1,2%)
1999	Nati vivi: 1828 (esclusi 75 trasferiti in P.N. o altri centri =1753) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1687 (96,2%) Alimentazione mista e/o occasionale: 55 (3,1%) Alimentazione artificiale alla nascita: 11 (0,7%)
2000	Nati vivi: 1907 (esclusi 74 trasferiti in P.N. o altri centri =1833) Allattati al seno esclusivo o quasi: 1739 (94.9%) Alimentazione mista e/o occasionale: 64 (3,5%) Alimentazione artificiale alla nascita: 30 (1.6%)

BIBLIOGRAFIA

- 1: Yngve A, Sjoström M. Related Articles, Links
Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe
Public Health Nutr. 2001 Apr;4(2B):729-39
PMID 1168359 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 2: Yngve A, Sjoström M, Related Articles, Links
Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed
recommendations, rationale, prevalence, duration and trends,
Public Health Nutr 2001 Apr;4(2B):631-45. Review
PMID: 11683556 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 3: (No authors listed) Related Articles, Links
Transfer of drugs and other chemicals into human milk
Pediatrics, 2001 Sep, 108(3):776-89 Review
PMID: 1153352 (PubMed indexed for MEDLINE)
- 4: Angle NK, Vik T, Jacobsen G, Bakkrting LS. Related Articles, Link
Breast feeding, and cognitive development at age 1 and 5 years.
Arch Dis Child 2001 Sep;85(3):183-8
PMID: 11517096 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 5: Shackman G, Petronis K, Woelfel ML. Related Articles, Links.
Breastfeeding and adolescent mothers
J Am Diet Assoc. 2001 Aug;101(8):876-7. No abstract available.
PMID 11501859 (PubMed- indexed for MEDLINE)
- 6: Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Related Articles, Links
Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood- a systematic review with
meta-analysis of prospective studies.
J Pediatr. 2001 Aug;139(2):261-6
PMID: 11487754 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 7: Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jane F. Related Articles, Links
Pacifier use, early weaning cry/fuss behaviour: a randomised controlled trial
JAMA, 2001 Jul 18;286(3):322-6
PMID 1146609 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 8: Lawrence RA. Related Articles, Links
Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) a randomized trial in the Republic of
Belarus
J Pediatr, 2001 Jul; 139(1):164-5. No abstract available,
PMID 11463050 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 9: Dewey KG. Related Articles, Links
The challenges of promoting optimal infant growth
J Nutr, 2001 Jul; 131(7):1879-80. No abstract available.
PMID: 11435501 (PubMed ~ indexed for MEDLINE)
- 10: Hornell A, Hofvander Y, Kylberg E. Related Articles, Links
Introduction of solids and formula to breastfed infants a longitudinal prospective study in Uppsala
Sweden, Acta Paediatr- 2001 May;90(5):477-82,
PMID 11430704 (PubMed - indexed for MEDLINE)
- 11: Chapman DJ, Young S, Ferris AM, Perez-Escamilla R. Related Articles, Links
Impact of breast pumping on lactogenesis stage II after cesarean delivery- a randomized clinical
trial
Pediatrics- 2001 Jun;107(6):E94,
PMID 11389292 (PubMed-indexed for MEDLINE)
- 12: Greer FR. Related Articles, Links
Do breastfed infants need supplemental vitamins?
Pediatr Clin North Am, 2001 Apr;48(2):415-23, Review,

PMID :113 39161 (PubMed - imdexed for MEDLINE)
 13 Griffin IJ, Abrams SA, Related Articles, Links
 Iron and breastfeeding
Pediatr Clin North Am, 2001 Apr;48(2) 401 - 13. Review
 PMID 11339160 (PubMed - indexed for MEDLINE)
 14 Gartner LM, Herschel M, Related Articles, Links
 Jaundice and breastfeeding,
Pediatr Clin North Am, 2001 Apr;48(2)389-99. Review
 PMID 11339159(PubMed - indexed for MEDLINE)
 15, Eidelman AI. Related Articles, Links
 Hypoglycemia. and the breastfed neonate.
Pediatr Clin North Am 2001 Apr;48(2)377-87 Review
 PMID:11339158 (PubMed - indexed for MEDLINE)
 16: Wight NE. Related Articles, Links
 Management of common breastfeeding issues
Pediatr Clin North Am. 2001 Apr;48(2.)321-44. Review
 PMID 11339155 (PubMed - indexed for MEDLINE)
 17 Neifert MR Related Articles, Links
 Prevention of breastfeeding tragedies
Pediatr Clin North Am 2001 Apr;49(2),273-97. Review
 PMID 11339155 (PubMed - indexed for MEDLINE)
 18- Varendi H, Porter RH Related Articles, Links
 Breast odour as the only maternal stimulus elicits crawling towards the odour source
Acta Paediatr. 2001 Apr;90(4):372-51
 PMID: 1132925(PubMed - indexed for MEDLINE)
 19: Beaudry M, Dufour R, Marcoux S. Relation between Infant feeding and infections during the first six months of life. *J Pediatr*. 1995; 126:191-197.
 20: Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as, prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old. *Lancet*, 1995; 346: 1065-1069.
 Morrow Tlucak M, Haude RH, Ernhart CB. Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. *Soc Sci Med* 1998; 26:635-639
 21: Wang YS, Wu SY. The effect of exclusive breastfeeding on development and incidence of infection in infants, *J Hum Lactation*, 1996; 12: 27-30,
 22: Rosenblatt KA, Thomas DB. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*. 1993; 22: 1.92-197.
 23: Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med*. 1994; 330: 81-87.
 24: Montgomery D, Splett P. Economic benefit of breastfeeding infants enrolled in WTC. *J Am Diet Assoc*. 1997; 97:379-38-9.
 25: WHO/EURO. Health 21: health for all in. 21th century. 1998
 26: Picciano MF Nutrient composition of human milk. *Pediatr Clin, North Am*, 48 (1), 53-68, 2001.
 27: Butte NF The role of breast-feeding in obesity *Pediatr Clin North Am*, 48 (1), 189-198, 2001.
 28: Davis MK. Breast-feeding and chronic disease in childhood and adolescence. *Pediatr Clin North Am*, 48 (1),125-142, 2001.
 29: Heinig Mj. Host defence benefits of breast-feeding for the infant: effects of breast-feeding duration and exclusivity. *Pediatr Clin North Am*, 48 (1),105-124, 2001.
 30: Reynolds A. Breast-feeding and brain development. *Pediatr Clin North Am*, 48 (1), 159-172, 2001.
 31: Angelsen NK, Vik T, Jacobsen G, Bakketeig LS. Breastfeeding and cognitive development at age 1 and -5 years. *Arch Dis Child* 85:1-83-188, 2001.
 32: Labbock M. Effects of breast-feeding on the mother. *Pediatr Clin North Am*, 48(1),143-158,2001 .
 33: Ball TM Bennett DM. The economic impact of breastfeeding.

- Pediatr Clin North Am, 48 (1),253-262, 2001.
- 34: Riva E et al. Factors associated with initiation and duration of breast-feeding in Italy. *Acta Paediatr* 88:411-5, 1999.
- 35: Cattaneo A et al. Are data on the prevalence and duration of Breast-feeding reliable? The case of Italy. *Acta Paediatr* 89: 88-93,2000.
- 36: Cattaneo A, Borgnolo G, Simon G. et al. Breast-feeding by objectives. *Eur J Public Health* 11, 397-401, 2001.
- 37: American Academy of Pediatrics. Breast-feeding and the use of human milk. *Pediatrics* 100 (6), 1035-1039, 1997.
- 38: Bertino E., Corchia C, Gagliardi L. per conto del Comitato Direttivo della Società Italiana di Neonatologia. La produzione di linee-guida nell'ambito della S.I.N. *Riv. Ital Paediatr* 26: 371-375,2000.
- 39: Rapisardi G. et al. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio ed al neonato. *Riv Ital Paediatr*, 26: 232-243, 2000.
- 40: Circolare 24 ottobre 2000 n 16 del Ministero della Sanità. Promozione e tutela dell'allattamento al seno. *GU della Repubblica Italiana* 10 novembre 2000.
- 41: Heiberg EE, Helsing E. Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: National Surveys 1972, 1982, 1991. *Acta Paediatr* 84: 719-724, 1995.
- 42: Wright A et al. Changing hospital practices to increase the duration of breast-feeding. *Pediatrics* 97 (5): 669-675, 1996.
- 43: Fairbank L et al. A systematic review To evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment*, 4 (25): 1-171, 2000.
- 44: Wiles L The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding education on breastfeeding success and maternal behaviour *JOGNN* , July Aug: 253-257-,1984.
- 45: Berens PD. Prenatal, intrapartum and postnatal support of lactating mother. *Pediatr Clin North Am*, 48 (1),365-373 2001.
- 46 : Neifert M et al. Factors influencing breast-feeding among adolescents *J Adolesc Health Care* 9(6): 470-3-, 1988.
- 47: Curro V. et al. Randomised controlled trial assessing- the effectiveness of a booklet on the duration of breastfeeding *Arch Dis Child*, 76 (6), 500-3,1997.
- 48: MAIN Trial Collaborative Group. Preparing for breastfeeding: treatment of inverted and non-retractile nipple in pregnancy. *Midwifery*, 10: 200-214,1994.
- 49: Kaplowitz DD et al. The effect of educational program on the decision of breastfeed. *J Nutr Educ* 15.61-5,1983
- 50: Serwint JR et al. A RCT of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. *Pediatrics* 98: 1-069-75, 1996.
- 51: Perez-Escarnilla R. et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success : an analytical overview. *Am J Public Health* 84 (1):89-97,1994
- 52: KuriVei Let al. Early formula supplementation of breastfeeding *Pediatrics* 88:745-750,1991,
- 53 : Christensson K et al. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr* 84: 468-473, 1995.
- 54 : Christensson K et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy fullterm newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 81 (6-7): 488-93, 1992.
- 55: Widstrom AM, Thingstrom-Paulsson j. The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta Paediatr* 82 (3): 281-3, 1993.
- 56: Giustardi A, De Martino A, Liguoro G, Roming in(stare in camera con la mamma e la famiglia tutta) *Bolettino SIMP* maggio 2001 pag 35 -39
- 57: Renfrew MJ, Lang S, Woolridge MV .Early versus delayed initiation of breastfeeding. *Cochrane database syst rev* 2000(2)CD 000043
- 58: Davanzo R, Giustardi A. Il rooming in. *Strumento organizzativo essenziale per promuovere l'allattamento al seno. Pediatrics & Neonatology Review* 4, 29/ 32 ,1999
- 59: Soldera G, L'emozioni della vita prenatale. 2000 Cesena Macroedizioni

- 60: Williams –Arnold: Human milk storage for healthy infants and chealdren. Sandwich, Massachussets , Health Education Associates 2000
- 61: Lawrence R M, Lawrence R A. Given the benefits of breastfeeding , what contraindication exist? Ped Clin North Am 2001;48 235
- 62: Chirico G, Gasparoni A, Ciardelli L' Avanzini A, Carini R, Rondini G .Immunologic properties of breast milk .ESPHI Working Groups 2nd Meeting , Castelvecchio Pascoli. October 19-22 2000
- 63: Ball TIM, Bennett DM: The economic impact of breastfeeding .Pediatrics Clinics of North America 2001 ;48; 253 –61
- 64: Meek JY Breastfeeding in the workplace .Pediatrics Clinics of North America 2001; 48: 461-74

L'OSTETRICA DEL CONSULTORIO E IL SUPPORTO AL PUERPERIO

Ostetrica M.I. Arcadu

Consultorio Familiare ASL Città di Milano

Il puerperio conclude l'evento nascita iniziato nel percorso che si rivolge alla coppia fin dalla fase preconcezionale.

I Consultori Familiari si pongono come punti centrali nell'assistenza alla gravidanza fisiologica, con un approccio multidisciplinare ed in rete con gli altri servizi ospedalieri e territoriali.

Alla luce dell'evidenza scientifica che il protrarsi della degenza ospedaliera non favorisce la relazione madre-neonato, già nel 1986 la legge Regionale della Lombardia n° 16/87, sulla "tutela della donna partoriente e del bambino ospedalizzato", dà indicazioni affinché dopo il parto sia "garantita l'assistenza domiciliare alla madre ed al bambino, in modo da favorire la dimissione precoce della donna dall'ospedale".

La letteratura scientifica ha ormai ben documentato che il periodo immediatamente successivo al parto è quello più sensibile per lo stabilirsi di un rapporto più intimo e profondo tra la madre ed il neonato; così come la riduzione della degenza senza attività di supporto o con il solo riferimento ambulatoriale espone i neonati e le puerpere a rischi socio-sanitari.

Alla luce dell'esperienza pluriennale nella città di Milano del progetto integrato di "Dimissione precoce protetta della puerpera e del neonato fisiologico", tuttora in corso, e sottoposto ad attenta valutazione metodologica e clinica, si è reso necessario estendere il più possibile l'assistenza al puerperio.

Il Consultorio Familiare, con l'attività delle ostetriche, si pone come fulcro del nuovo progetto con l'obiettivo generale di tutelare il benessere psicofisico della madre e del neonato a partire da dimissioni concordate e appropriate. L'assistenza al puerperio ha significato se nell'area materno-infantile degli ospedali si attivano iniziative volte all'umanizzazione dell'assistenza, come il rooming-in, il nido aperto, la promozione dell'allattamento al seno, incontri tra puerpere ed ostetriche, etc, etc...

Tutto questo presuppone un raccordo tra i punti nascita e tutti i servizi territoriali, che a diverso titolo, si occupano della madre e del neonato.

L'aspetto organizzativo di integrazione dei servizi è il più delicato e richiede una cura minuziosa, affinché culture e operatori differenti riescano a svolgere il loro lavoro senza "confondere" la madre.

L'assistenza in puerperio ha significato se, altresì, fa emergere le risorse materne e le competenze del neonato, pertanto l'attività spesso può partire solo con l'avvio di corsi di aggiornamento degli operatori dei diversi livelli assistenziali.

Nelle prime fasi l'intervento deve essere monitorato per valutarne la congruenza, apportando le opportune modifiche.

La fase di verifica, attraverso un questionario sulla qualità del servizio percepito ed uno studio prospettico, darebbe garanzie per il buon esito nella quotidianità del lavoro.

OBIETTIVI GENERALI

- Tutela del benessere psicofisico della madre e del neonato;
- Raccordo con il punto nascita affinché vengano fornite alla madre informazioni chiare, appropriate e non contraddittorie;
- Raggiungere precocemente a domicilio il maggior numero di madri e neonati;
- Promuovere e salvaguardare la continuità della relazione madre-neonato con la famiglia;
- Aiutare i neogenitori a sviluppare la competenza nei confronti del nuovo nato ed a far emergere le proprie capacità di accudimento;

- Riconoscere le competenze del neonato;
- Dare informazioni alla famiglia sui servizi territoriali esistenti e sulle modalità di accesso.

OBIETTIVI INTERMEDI

- Proteggere il ritorno a casa con un'assistenza individualizzata a continuativa;
- Rafforzare nella coppia le capacità genitoriali;
- Favorire e sostenere l'allattamento al seno;
- Rispettare i ritmi sonno/veglia/alimentazione del neonato;
- Riconoscere precocemente il rischio sanitario e socio-psicologico;
- Promuovere l'accesso ai servizi territoriali.

Rispetto all'assistenza al puerperio si può concludere sollecitando ciascuna realtà locale affinché possa:

- Programmare l'attività;
- Identificare il gruppo di lavoro;
- Stilare gli obiettivi;
- Valutare le esigenze di aggiornamento;
- Acquisire il materiale di lavoro;
- Preparare il materiale divulgativo;
- Definire l'articolazione del servizio;
- Chiarire la metodologia della valutazione;
- Predisporre gli strumenti della valutazione;
- Monitorare i costi dell'intervento.

Possiamo concludere che l'ostetrica/o è la figura che, per competenza professionale, deve promuovere l'avvio dei progetti favorendone la realizzazione.

Bibliografia

- *'Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato'*, Pediatrics & Neonatology Review, 2000; &:55-69
- Carpenito L.J. *'Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica'*, Casa Editrice Ambrosiana, 2001
- Alliora F. e AA, *Dimissione precoce con assistenza a domicilio, Il Consultorio familiare CIC* ed. Internazionale, 1997, 416-417
- L.R. Lombardia n. 16 dell'8 maggio 1987: *La tutela della partoriente e la tutela del bambino in Ospedale*
- Enrin M., Keirse M., Chalmers I.: *L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto*, Red Edizioni
- G. U. Suppl. 131: DM 24. 04. 2000 *Adozione del Progetto Obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000*, Roma, 2000
- Mosca F. e AA (Milano) *La dimissione precoce e appropriata del neonato*, Bollettino SIMP vol. 3 settembre 2001, pag. 6-12, Editeam s.a.s. gruppo editoriale

CONTRACCEZIONE E ALLATTAMENTO

PIERO PUZZI

Ospedale di Gavardo

CONTRACCEZIONE DOPO-PARTO: Opportunità e realtà

La contraccezione dopo il parto è un argomento importante da affrontare tempestivamente per dare alle donne/coppie le informazioni opportune per poter distanziare con competenza e responsabilità le gravidanze e permettere loro di avere figli desiderati. Alcune ricerche hanno dimostrato che esiste questo bisogno, in gran parte non corrisposto.

Alcuni programmi, proposti per i paesi in via di sviluppo nei decenni scorsi, ed alcune prassi ospedaliere nei paesi sviluppati prevedevano una informazione/fornitura di contraccettivi nell'immediato periodo dopo il parto. Questa prassi è stata messa in discussione da una ricerca condotta dal gruppo di Anne Glasier in Scozia (1996) e poi da una Revisione Cochrane (1999-2002).

Per Anne Glasier 'La maternità, con le frequenti esposizioni ai professionisti della salute, offre una opportunità d'oro per discutere a lungo di contraccezione.' La realtà della Scozia, che risulta dalla sua indagine, dimostra però che l'ostetrica dà in dimissione una informazione frettolosa ad una donna, che in quel momento è scarsamente motivata. Il medico di base, a cui le donne si rivolgono sei settimane dopo il parto, dà una informazione incompleta, basata solo su preservativi e pillole. I ginecologi incontrati non dimostrano particolare interesse all'argomento. Inoltre le donne gradirebbero una informazione scritta, che poche ricevono, da rileggere al momento opportuno.

REVISIONE E PROTOCOLLO COCHRANE

La Revisione Cochrane 'Education for contraceptive use by women after childbirth' conclude, dopo la metanalisi delle tre ricerche disponibili, che 'non c'è evidenza scientifica per introdurre o eliminare programmi di educazione alla contraccezione dopo il parto' e propone per il futuro la 'valutazione rigorosa sia dei programmi di educazione svolti prima del parto, sia dell'integrazione dei servizi di pianificazione familiare con i servizi per la salute della madre e del bambino'.

Questa integrazione di servizi per la salute sessuale e riproduttiva ci ricorda le proposte dei documenti della Conferenza de 'il Cairo (1994)'. E' un modello di risposta più simile al nostro consultorio che ai modelli anglosassoni, dove i servizi per il family planning sono separati dai servizi per la maternità. Purtroppo nei consultori italiani si fa poca ricerca ed il loro funzionamento è molto variabile.

La revisione auspica anche che, 'viste le crescenti evidenze scientifiche sull'efficacia dell'amenorrea da allattamento (LAM) si valutino adeguatamente le strategie che integrano l'educazione sulla contraccezione con l'educazione sui benefici sulla salute (e contraccettivi) dell'allattamento.'

AMENORREA DA ALLATTAMENTO (LAM)

Dal 1988 è disponibile un algoritmo che, opportunamente insegnato e fornito alle donne, permetterebbe loro di capire il grado di protezione loro conferito dall'allattamento materno in base al tempo trascorso dal parto, al tipo di allattamento (esclusivo, pressochè esclusivo o complementare) ed alla comparsa delle mestruazioni. Il paradosso è che pur essendo conosciuto come l'algoritmo di Bellagio (la località dove alcuni esperti internazionali si riunirono per definirlo) questo è poco conosciuto dalle donne e dagli

operatori italiani. Se opportunamente conosciuta la LAM ha un rischio di errore inferiore al 2%. Dal 1995 l'OMS riconosce e sponsorizza la LAM.

Un protocollo Cochrane sulla LAM è disponibile nella Cochrane Library, dove nel prossimo aggiornamento (issue 4 - 2002) è annunciata la revisione 'Lactational amenorrea for family planning'.

CONTRACCETTIVI COMPATIBILI DISPONIBILI

Quando la donna non si sentirà sufficientemente protetta dall'allattamento potrà usare metodi compatibili, che potrà scegliere purchè le siano stati adeguatamente e tempestivamente spiegati, tenendo conto del tipo di allattamento e delle sue possibili variazioni.

Il preservativo, la spirale al rame, il diaframma (con spermicida- ritirato dal commercio solo in Italia) la pillola progestinica (Cerazette) i progestinici a lunga durata (Depoprovera, Mirena, Implanon in futuro), le sterilizzazioni (maschile e femminile) sono compatibili con l'allattamento.

La pillola estro-progestinica è sconsigliata soprattutto perchè diminuisce la quantità di latte. Ma se la donna non allatta può iniziarla tre settimane dopo il parto.

E' utile spiegare che se l'allattamento materno è almeno predominante questo aumenta comunque la sicurezza dei vari metodi usati. Sarà bene informare che i progestinici prolungano l'amenorrea e che la concomitanza dell'allattamento diminuisce l'incidenza di spotting. Anche i primi mesi della spirale causeranno meno perdite ematiche se questa viene applicata durante l'allattamento. In caso di errore o di rottura del preservativo si potrà ricorrere alla contraccezione di emergenza con le due compresse di levonorgestrel o con la spirale. Le donne interessate alla sterilizzazione dovrebbero essere informate sulla disponibilità della struttura dove partoriranno ad eseguire un intervento precoce. e sulla metodica usata (minilaparotomia o laparoscopia). Se il partner sceglie di sterilizzarsi dovrebbe sapere dove, con quale metodo ed a quale prezzo.

Ci sono tante cose da spiegare e sarebbe meglio spiegarle con calma, o almeno anticiparle, già durante la gravidanza. Alcuni metodi si possono usare a partire dalla terza settimana ed altri dalla sesta settimana dopo il parto. La donna a quel tempo dovrebbe già avere le idee chiare sul da farsi.

PROPOSTE

Per questo nelle strutture dove lavoro (ospedale e consultorio) ho cercato di inserire due iniziative:

- 1) un incontro sulla contraccezione alla fine del corso di preparazione al parto
- 2) un dépliant sulla 'contraccezione dopo il parto', con spiegazione accurata dell'amenorrea da allattamento e le spiegazioni necessarie per integrare allattamento e contraccezione mediante la conoscenza di tutti i metodi compatibili.

1) INCONTRO DURANTE IL CORSO DI PREPARAZIONE AL PARTO

La mia esperienza dell'incontro sulla contraccezione è molto positivo. L'incontro dura in media un ora e mezza. Le donne gradiscono l'occasione per avere più informazioni di quante ne possa dare qualsiasi breve consultazione individuale. Il gruppo scioglie alcune resistenze e timidezze. Le donne conservano a lungo il dépliant che viene loro consegnato, tornano spesso poi con le idee chiare. Purtroppo non ho fatto ricerca sugli effetti di questi incontri, per i miei limiti.

2) DEPLIANT SU 'CONTRACCEZIONE E ALLATTAMENTO'

Lo uso da circa 5 anni. Ho fatto alcuni aggiornamenti. Ogni tanto propongo di utilizzarlo a colleghi ed ostetriche che lavorano con me in ospedale, senza molto successo.

Nel 2000, quando nel consultorio di Nozza di Vestone, dove lavoro sei ore la settimana, è partita l'esperienza di mediazione linguistico-culturale con mediatrice di lingua araba, la

mediatrice Zahia Bounab ha tradotto il dépliant in arabo. Il dépliant viene consegnato e spiegato in momenti diversi della gravidanza, in base alla disponibilità della donna, o della coppia e degli operatori. Da allora sono aumentate le donne arabe che tornano al consultorio dopo il parto per chiedere la contraccezione, soprattutto Cerazette, spirale, e poi la pillola estro-progestinica durante o dopo lo svezzamento. Per avere dei risultati con le donne straniere sono importanti l'accoglienza alla donna e al marito, le spiegazioni comprensibili e le risposte della mediatrice in presenza del medico o dell'ostetrica, il dépliant nella loro lingua consegnato al momento opportuno.

Mi piacerebbe che il dépliant fosse tradotto anche in altre lingue e messo a disposizione di altri consultori, ambulatori e reparti di maternità. Forse una rete di operatori e mediatrici culturali interessati potrebbe completare l'opera mettendo in rete le risorse disponibili.

I Dépliant sono reperibili in internet all'indirizzo:
<http://it.groups.yahoo.com/andria/files/Depliant>

Bibliografia

Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advices about post partum contraception? Contraception 1996; 53: 217-20

Hillier JEGriffith E. Education for contraceptive use after childbirth (Cochrane Review). The Cochrane Library, Oxford: Update Software, issue 4, 2000

Van der Wijden C, Kleinen J Lactational amenorrhea for family planning (Protocol) The Cochrane Library, Oxford: Update Software, issue 3, 2002

Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L' Elton R, Glasier AF. Is post partum contraceptive advice given antenatally of value? Contraception 2002; 65: 237-243

Sito internet: <http://www.saperidoc.it> (Documenti sull'allattamento-Algorithmo LAM-Contraccettivi compatibili)

OMS 2000: Medical eligibility criteria for contraceptive use, second edition

OMS 2002: Selected practice recommendations for contraceptive use

(Le pubblicazioni OMS possono essere ordinate a rhrpublications@who.int)

IL SESSO DOPO LA NASCITA DEL BAMBINO

- Non ci sono regole su quando ricominciare a fare l'amore.
- Se non hai avuto punti di sutura puoi essere desiderosa di condividere l'accresciuto sentimento di amore che senti con il tuo compagno.
- Però, se sei stanca e qualcosa ti duole, il sesso può essere l'ultima cosa che ti viene in mente.
- Non abbiate fretta. Se fa male, non ci sarà piacere. Se serve si può usare un gel lubrificante le prime volte perché i cambiamenti ormonali possono rendere la vagina più asciutta.
- Può essere necessario del tempo perché i precedenti sentimenti ritornino e nel frattempo potete accrescere la vostra felicità trovando modi diversi per amarvi e sentirvi vicini.

METODI DEFINITIVI

Sterilizzazione (femminile o maschile) .

Trattasi di metodi chirurgici da considerare definitivi. E' quindi necessaria una accurata informazione, che riguardi le opzioni contraccettive e l'opportunità della scelta.

Sterilizzazione femminile

E' possibile e conveniente per le donne che partoriscono in ospedale, purché si eviti di interferire con l'inizio dell'allattamento. Per questo ci sono tecniche veloci e poco traumatiche, pur richiedendo, in genere, l'anestesia generale. Non tutti gli ospedali la permettono e non sempre viene concessa, mancando una legge specifica. Quindi è bene informarsi prima del parto.

Se non è possibile nell'immediato periodo dopo il parto, potrà essere eseguita quando gli impegni familiari lo permetteranno.

Sterilizzazione maschile (Vasectomia)

E' un'altra opzione da considerare in questo periodo, intanto che la donna è protetta dalla amenorrea da allattamento. L'intervento è semplice in buone mani ed efficace. Da proporre anche quando la donna ha problemi con la contraccezione, assicurando i maschi sulla innocuità riguardo alla virilità ed alla salute.

CONTRACCEZIONE DOPO IL PARTO

Fertilità e allattamento

Possibili metodi contraccettivi

E' possibile che la donna concepisca già un mese dopo il parto se non allatta al seno, ed è possibile rimanere gravide anche allattando, soprattutto quando l'allattamento non è più completamente al seno o quando ricompare la mestruazione

SE ALLATTI AL SENO

Il latte materno è il migliore nutrimento per i neonati e serve anche a proteggerli da alcune malattie. L'allattamento può essere esclusivamente al seno fino al 6° mese. Può diventare poi parziale, limitato ad alcuni pasti, continuando anche fino ai 2 anni.

E' utile anche alla donna ritardando la ripresa della fertilità, consentendole di riprendersi e di crescere il suo bimbo.

L'amenorrea da allattamento. é un metodo con un alto grado di protezione anticoncezionale (98% di sicurezza)

Riguarda le donne

- entro 6 mesi dal parto
- che allattano solo al seno
- che non sono ancora mestruate

La protezione diminuisce quando compare il capoparto (prima mestruazione) o quando si aggiungono supplementi di latte artificiale o di cibo.

E' più sicuro per chi allatta a richiesta, frequentemente, anche di notte.

SONO COMPATIBILI CON L'ALLATTAMENTO AL SENO

***Preservativo.**

Può essere la scelta migliore e più semplice per le prime settimane dopo la nascita.

É il metodo più igienico in caso di perdite ematiche.

E' il metodo migliore se c'è pericolo di contagio di malattie che vengono trasmesse con i rapporti sessuali

***Diaframma**

Può essere usato 6 settimane dopo il parto. Si deve valutare se è necessario cambiarne la misura, sostituendo quello che usavi prima.

***DIU al rame (spirale).**

Può essere inserito dopo che l'utero è tornato alle sue dimensioni originarie, da 4 a 6 settimane dopo il parto.

Può essere inserito anche dopo le 6 settimane in presenza di amenorrea da allattamento esclusivamente materno.

Il suo uso può essere continuato oltre l'allattamento. Alla scadenza (in genere dopo 5 anni) deve essere sostituito.

Durante l'allattamento la sicurezza é quasi assoluta.

***Pillola con solo progestinico (Cerazette)**

Se stai allattando ti può essere proposta questa pillola con una piccola dose di solo progestinico, che agisce sull'ovulazione e sul muco cervicale.

Va presa con scrupolo tutti i giorni, senza pausa, alla stessa ora. Può essere iniziata sei settimane dopo il parto ed é efficace dopo 48 ore.

Non ci sono prove che possa causare effetti di alcun genere al neonato.

***Altri progestinici a lunga durata**

- Iniezione trimestrale (Depoprovera)
- Dispositivo intrauterino (Mirena)
- Dispositivo sottocute (Implanon)

È possibile usarli ed allattare

SE NON ALLATTI AL SENO

Pillola combinata o estro-progestinica)

Se non allatti al seno puoi iniziarla dal 21° giorno dopo il parto. Se hai smesso di allattare puoi cominciarla il primo giorno della successiva mestruazione.

**Non prendere questa pillola se allatti perché influisce negativamente sulla quantità e sulla qualità del latte.
Si può iniziare durante lo svezzamento**