

MAIEUTIKΟΣ

ANNO 1
NUMERO 2 | 2014



I TEMI IN QUESTO NUMERO

**Il counselling
anticoncezionale alla
donna trapiantata
d'organo: il ruolo
dell'ostetrica/o**

**Efficacia dei corsi di
accompagnamento alla
nascita e strategie di
riduzione del tasso di
incidenza del taglio
cesareo: uno studio
osservazionale retrospettivo
monocentrico**

**Accompagnare una
mamma ipo/non vedente
nel percorso nascita: il
bilancio di salute come
strumento per la
pianificazione ostetrica**

Comitato Scientifico

AIO - ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA



ANTONELLA MARCHI

Presidente Nazionale AIO

Ostetrica Legale Forense, Specializzata in

“Analisi della scena del crimine e Scienze Forensi”;
Docente all’Università degli Studi di Siena al Master di Infermieristica ed Ostetricia Legale Forense;
Membro dell’Accademia Italiana di Scienze Forensi e Responsabile della sezione Ostetricia Legale Forense;
Direttore del Centro studi, prevenzione e supporto contro lo stupro e gli atti predatorii su adulti e minori “Uno squarcio nel buio” – Siena



ANTONIO CHIANTERA

Direttore onorario

Segretario Nazionale AOGOI



GIUSEPPE ETTORE

Vice Presidente Nazionale AIO

Segretario Regionale Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI);
Docente I Scuola di Specializzazione in Ginecologia Ostetrica - Università degli Studi di Catania;
Responsabile clinico dell’attività ginecologica della “Unità di fecondazione in vitro” U.O. di Andrologia e Endocrinologia, ARNAS Garibaldi;
Coordinatore scientifico Registro Regionale delle malformazioni congenite; Componente Comitato Percorso Nascita Nazionale del Ministero della Salute; Componente Comitato Percorso Nascita Regione Sicilia; Componente Consiglio Direttivo Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP); Componente Commissione di Medicina Legale Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologico (SIEOG).



ROSARIA CAPPADONA

Ostetrica

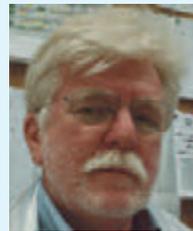
Vicepresidente del Collegio Provinciale delle Ostetriche di Ferrara; Consigliera della Commissione Nazionale Corsi di laurea in Ostetricia nella Conferenza permanente delle Classi di laurea delle Professioni Sanitarie;
Dirigente della Attività Formative del corso di Laurea in Ostetricia e Direttore delle attività didattiche del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l’Università degli Studi di Ferrara, svolgendo anche funzioni di docente



MARILISA COLUZZI

Ostetrica

Ostetrica esperta in management e comunicazione no profit, qualità ed euro-progettazione;
Giurista esperta in diritto sanitario, conciliazione e mediazione
Presidente del Collegio Provinciale delle Ostetriche di Latina



CLAUDIO CRESCINI

Ginecologo

Direttore U.O. Ost. Gin. Ospedale di Treviglio (Bg)
Direttore Dipartimento Materno Infantile
Segretario Regionale Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI) Lombardia



CRISTOFARO DE STEFANO

Ginecologo

Presidente della Società Italiana Ospedaliera della Sterilità (SIOS)
Responsabile dell’Unità operativa di Fisiopatologia della Riproduzione e Sterilità di coppia e del GOIP
Oncofertilità dell’Azienda Ospedaliera “San Giuseppe Moscati” di Avellino;
Membro del Consiglio di Amministrazione della Fondazione Confalonieri Lorenzin per gli studi sulla salute della donna



GIUSEPPE BATTAGLIARIN

Ginecologo

Direttore dell’Unità Operativa di Ostetricia – Ginecologia dell’Ospedale ‘Infermi’ di Rimini



ELSA DEL BO

Ostetrica

Coordinatore didattico del corso di laurea in Ostetricia - Università degli studi di Pavia;
Presidente del Collegio delle Ostetriche della Provincia di Pavia
Referente AIO-AIORCE



GIUSEPPINA DI LORENZO

Ostetrica

Segretario Nazionale A.I.O.
Ostetrica presso Unità Operativa
materno Infantile Distretto 53
Castellammare di Stabia
Ostetrica presso Unità Operativa
Complessa Materno Infantile Aziendale
Coordinatrice aziendale per lo
screening del carcinoma della
cervice uterina area ostetrica



ANNA MARIA DI PAOLO

Ostetrica

Presidente del Collegio delle
Ostetriche della Provincia di
Perugia;
Presidente Collegio Revisori dei
Conti Federazione Naz.le Collegi
Ostetriche



GIOVANNI FATTORINI

Ginecologo

Presidente Associazione Ginecologi
Territoriali AGITE



ROBERTA GIORNELLI

Ostetrica

Consigliera nel Direttivo AIO e
Responsabile dell'Osservatorio per

l'Abusivismo Professionale AIO
Coordinatrice Ostetrica della S.O.C
di Ostetrica e Ginecologia di
Gorizia, ricopre l'incarico di
Referente Ostetrica Aziendale con
posizione organizzativa;
Responsabile e organizzatrice di
corsi di preparazione al parto e alla
nascita in acqua, organizzati presso
la piscina dell'Ospedale di Gorizia



ROSSELLA E. NAPPI

Ginecologo

Endocrinologo, Psicoterapeuta
in sessuologia
Professore associato Clinica Ost.
Gin Centro di ricerca per la PMA e
Servizio di Ginecologia
endocrinologica e della Menopausa
- IRCCS Policlinico S. Matteo -
Università degli studi di Pavia;
Membro del Direttivo della Società
Internazionale della Menopausa
(IMS);
Past President Società
Internazionale per lo Studio della
Sessualità Femminile (ISSWSH);
Membro attivo delle più prestigiose
società scientifiche nel campo
dell'endocrinologia e della
fisiopatologia della riproduzione



EMANUELA PETRETIC

Ostetrica

Direzione delle Professioni Sanitarie
IRCCS Burlo Garofolo Trieste
È stata responsabile del Dipartimento
di Ostetrica e Ginecologia presso
IRCCS Burlo Garofolo e attualmente
responsabile della programmazione
chirurgica nell'ambito della
formazione, della ricerca scientifica,
nella stesura di protocolli
assistenziali, organizzazione e avvio
dell'area fisiologica della gravidanza,
stesura delle job description



ANTONIO RAGUSA

Ginecologo

Responsabile della sala parto,
pronto soccorso e accettazione
dell'Ospedale di Niguarda a Milano;
Docente Master in Diagnostica
clinica, strumentale e di laboratorio
a supporto delle decisioni
dell'ostetrica/o dell'Università di
Firenze;
Docente presso la Scuola per
Ostetriche dell'Università di Milano



NICOLA SURICO

Ginecologo

Presidente Collegio Italiano dei
Chirurghi (CIC)
Presidente SIGO per il triennio 2011-
2013
Professore Ordinario di
Ginecologia e Ostetrica presso la
Facoltà di Medicina, Chirurgia e
Scienze della Salute dell'Università
del Piemonte Orientale "A.
Avogadro" - Novara;
Direttore della Clinica Ginecologica
e Ostetrica presso A.O.U. "Maggiore
della Carità" - Novara;
Direttore della Scuola di
Specializzazione in Ostetrica e
Ginecologia dell'Università del
Piemonte Orientale "A. Avogadro" -
Novara;
Presidente del Corso di Laurea in
Ostetrica dell'Università del
Piemonte Orientale "A. Avogadro" -
Novara;
Presidente dell'Associazione
Novarese per le Ricerche in
Ostetrica e Ginecologia (A.N.R.O.G)



SILVIA VACCARI

Ostetrica

Coordinatore Esperto Ostetrica
Sala Parto Ospedale Civile di
Sassuolo S.P.A.
Professore a Contratto presso
UNIMORE;
Tesoriere Società scientifica SIPGO;
Presidente Collegio Ostetriche della
Provincia di Modena; Presidente
Coordinamento Collegi Regione
Emilia Romagna; Consigliere
Federazione Nazionale Collegi
Ostetriche; Componente Nazionale
di sottogruppi di lavoro Percorso
Nascita RER



ALBERTO ZANINI

Ginecologo

Direttore dell'Unità Operativa di
Ostetrica e Ginecologia, Ospedale
"Sacra Famiglia", Erba (Co);
Membro del Direttivo della Società
Lombarda di Ostetrica e
Ginecologia (SLOG)



RINALDO ZANINI

Pediatra

Direttore Dipartimento Materno
Infantile Azienda Ospedaliera della
Provincia di Lecco. Direttore di
U.O. di Terapia Intensiva
Neonatale;
Responsabile per la regione
Lombardia della riorganizzazione
della Rete dei Punti Nascita;
Consulente Agenzia nazionale per i
servizi sanitari regionali
(AGENAS)

indice

| | |
|---|-----------|
| EDITORIALE | 5 |
| PRIMO PIANO | |
| Il counselling anticoncezionale alla donna trapiantata d'organo: il ruolo dell'ostetrica/o | 6 |
| <i>Sara Togni</i> | |
| Efficacia dei corsi di accompagnamento alla nascita e strategie di riduzione del tasso di incidenza del taglio cesareo. Uno studio osservazionale retrospettivo monocentrico | 11 |
| <i>Rosanna De Serio</i> | |
| Accompagnare una mamma ipo/non vedente nel percorso nascita: il bilancio di salute come strumento per la pianificazione ostetrica | 23 |
| <i>Daniela Acerbis, Anna Rosa Zilioli</i> | |
| Il consenso informato: principi, regole e prassi in area ostetrico-ginecologica | 36 |
| <i>Anna Maria Di Paolo, Maria Vicario, Monica Napolitano, Laura Bettarelli</i> | |
| L'assistenza ostetrica in gravidanza alla donna che fa uso di sostanze stupefacenti | 41 |
| <i>Ilaria Bariletti</i> | |
| Nascere con la camicia | 45 |
| <i>Anna Rosa Zilioli, Claudio Crescini</i> | |
| L'attività sessuale nel post-partum: un'analisi evidence-based | 47 |
| <i>Maria Adriana Burgio, Angelina Sicilia, Antonio Simone Laganà</i> | |
| Lombosciatalgia in gravidanza: esercizi posturali per profilassi e il trattamento | 50 |
| <i>Maria Rosaria Mascolo, Francesca Caula, Velia Ruggeri</i> | |

MAIEUTIKOS

NUMERO 2 - 2014
ANNO 1

PERIODICO DI
INFORMAZIONE
SCIENTIFICA
DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA DI OSTETRICIA

Direttore Responsabile

Antonella Marchi

Direttore Onorario

Antonio Chiantera

Responsabili Scientifici

Elsa Del Bo, Giuseppe Ettore

Comitato Scientifico

Giuseppe Battagliarin
Rosaria Cappadona
Marilisa Coluzzi
Claudio Crescini

Rino De Stefano
Giuseppina Di Lorenzo
Anna Maria Di Paolo
Giovanni Fattorini
Roberta Giomelli
Rossella Nappi
Emanuela Petretic
Antonio Ragusa
Nicola Surico
Silvia Vaccari
Herbert Valensise
Alberto Zanini
Rinaldo Zanini

Editore

AIO
Associazione Italiana
di Ostetricia
Via Giuseppe Abamonti, 1
20129 Milano
P. IVA 07248120961

Progetto grafico
e impaginazione

Daniele Lucia

Chiuso in redazione:
dicembre 2014

Registrazione del Tribunale
di Milano n.337/2014 del
22/10/2014



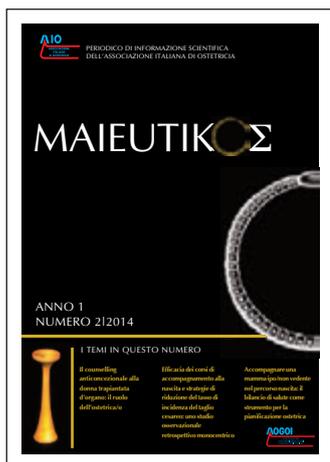
editoriale

Antonella Marchi

Presidente AIO



**Maieutikos
augura
a tutti voi
un Buon
Natale
e un Felice
2015**



Cara Collega, Caro Collega
Usciamo con il secondo numero di *Maieutikos* in un momento particolare dell'anno: il Solstizio d'Inverno. A differenza della nostra società, i popoli primigeni erano particolarmente legati al ciclo della natura e vivevano in un mondo magico tanto che cercavano di accattivarsi le forze sconosciute della natura stessa, attraverso i riti; loro comprendevano bene cosa accadeva nei cieli e conoscevano il movimento dei pianeti e del sole. La parola solstizio deriva dal latino **solstitium** che significa "sole fermo", infatti nell'emisfero nord della terra tra il 21 ed il 22 Dicembre il sole muta il proprio movimento e sembra fermarsi nel cielo: il buio della notte raggiunge la massima estensione ed il giorno diventa il più corto di tutto l'anno!

Nel solstizio d'inverno il buio e la luce proseguono la loro danza.....è il periodo dell'Avvento ed addobbiamo di vischio le nostre case come ci hanno tramandato i druidi poiché questa è la pianta simbolo della vita. Nei riti pagani i popoli germanici bruciavano l'abete nella stufa per officiare il passaggio dall'autunno all'inverno; noi adorniamo l'albero di natale con tante luci che rimandano all'immagine del fuoco che bruciava le negatività e le streghe vi divinavano il futuro. Sia la luce che il calore si riducono per cadere nell'oscurità, è un momento di passaggio carico di valenze simboliche di origini antichissime e proprio il 25 Dicembre tutto rinasce.....**Dies Natalis Solis Invicti** (testimoniata nel Cronografo del 354 come prima celebrazione del Natale cristiano).

Il solstizio d'inverno è quindi per ogni essere sulla terra, un momento di "raccolgimento" come il seme sotto la terra che nel buio inizia a germogliare.....così come la madre che non vede suo figlio ma sa che sta crescendo, nel buio, dentro di lei.

È un momento di grande fede poiché ci prendiamo cura di ciò che accade dentro di noi, un momento in cui ci fermiamo per pensare alle nostre emozioni, a che direzione vogliamo dare alla nostra vita, programmando con pensieri potenti e positivi. Una fase di solitudine necessaria in cui riaffermiamo la nostra indipendenza attraverso la conoscenza di noi stessi.

Buon Natale

IL COUNSELLING ANTICONCEZIONALE ALLA DONNA TRAPIANTATA D'ORGANO: IL RUOLO DELL'OSTETRICA/O

Sara Togni

Ostetrica, Università degli Studi di Milano – Bicocca

LA DONNA E IL TRAPIANTO D'ORGANO

Negli ultimi anni la letteratura scientifica ha prodotto numerosi lavori che riguardano la qualità di vita delle donne trapiantate, compresa la salute sessuale e riproduttiva. Il numero di donne che ogni anno si sottopone a trapianto d'organo è in costante aumento, grazie ai progressi nelle tecniche chirurgiche e nella gestione della terapia immunosoppressiva.

Ogni anno è in aumento anche il numero di gravidanze segnalate; le informazioni circa le donne trapiantate e la gravidanza sono riportate da case report, studi dei singoli centri e registri volontari.

I dati statunitensi del NTPR (National Transplantation Pregnancy Registry) mostrano che vi è un 70% di successo nelle gravidanze in donne trapiantate. Sebbene molte di queste abbiano riportato buoni outcomes materno-fetali, bisogna comunque considerare la gravidanza ad alto rischio, poiché comporta un aumento della morbilità sia per la madre che per il feto.

Per questo motivo, la gravidanza va discussa e pianificata, e se non desiderata, deve

essere evitata con l'utilizzo dei mezzi di controllo delle nascite più adeguati.

LA FERTILITÀ DOPO TRAPIANTO D'ORGANO

Un punto chiave del percorso verso il trapianto d'organo riguarda il rapporto della donna con la propria fertilità e capacità riproduttiva: nelle ultime fasi della patologia cronica la donna si trova a gestire un quadro d'infertilità e di problematiche ginecologiche correlate. Quello che caratterizza le patologie croniche (ad esempio insufficienza renale, epatica o malattia autoimmune) è l'influenza inibitoria sul normale assetto ormonale che regola il ciclo ovarico in tutte le sue fasi, portando ad avere livelli alterati dei principali ormoni coinvolti, come LH, FSH, Prolattina e

Il trapianto d'organo solido ha migliorato la qualità e l'aspettativa di vita di molte donne. Ha inoltre reso la gravidanza una scelta possibile per quelle donne che prima dell'intervento non erano in grado di concepire a causa della gravità della loro patologia cronica, che aveva effetto inibitorio sulla fertilità. Il miglioramento della salute generale della donna porta spesso al ritorno della fertilità e alla possibilità di una gravidanza, che potrebbe non essere desiderata per background sociale non adeguato o per scelta personale. Per questo motivo le donne che si sottopongono a trapianto d'organo solido in età riproduttiva necessitano di una contraccezione di alta efficacia. Se la gravidanza è desiderata, il concepimento dovrebbe essere pianificato in un momento in cui le condizioni cliniche e la stabilità dell'organo assicurino i migliori outcomes possibili sia per la madre che per il feto. La gravidanza presenta un rischio sostanziale non solo per la madre e il bambino, ma anche per la stabilità dell'organo stesso e diventa quindi imperativo assicurare che non insorgano gravidanze non pianificate. Il counselling anticoncezionale deve tener conto quindi della storia personale della coppia, delle loro abitudini sessuali e dell'efficacia del singolo metodo contraccettivo, usandoli in combinazione se necessario

Parole chiave:

Contraccezione, Pianificazione familiare, Trapianto d'organo

GnRh.

I cicli ovulatori possono iniziare tra uno e due mesi dopo il trapianto e la normalizzazione del ciclo mestruale avviene generalmente entro i sei mesi dall'intervento. La ripresa della fertilità è dovuta ad un miglioramento delle alterazioni

ormonali che porta quindi ad un "re-setting" dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi.

La paura infondata delle possibili interferenze tra metodo contraccettivo ormonale e terapia immunosoppressiva spinge le donne a non utilizzare metodi efficaci ma a ripiegare

su altre tecniche, come il coito interrotto (vedi graf. 1). La scarsa conoscenza della propria fertilità e l'inadeguato counselling circa le scelte contraccettive effettivamente valide, porta le donne a considerare metodi dalla dubbia efficacia che non portano soltanto ad una gravidanza inattesa, ma a tutte le problematiche ostetriche ad essa correlate.

LA GRAVIDANZA INATTESA

Dallo studio di Ghazizadeh et al. (2005) in cui viene investigata la percentuale di donne che incorre in una gravidanza indesiderata dopo trapianto di rene, emerge che all'interno del campione studiato il tasso di gravidanze inaspettate è del 29.1% e che la maggior parte di queste insorge nei primi due anni dopo il trapianto.

A causa delle problematiche ostetriche legate alla terapia immunosoppressiva e alla funzionalità dell'organo, le gravidanze che hanno esitato nella nascita di un bambino vivo sono solo il 52% (vedi graf. 2). Le gravidanze indesiderate dopo un trapianto d'organo solido insorgono fondamentalmente per due ragioni principali, ovvero quando la coppia non utilizza alcun metodo contraccettivo oppure nel caso in cui il metodo contraccettivo utilizzato fallisca.

IL TIMING OTTIMALE PER LA PIANIFICAZIONE DI UNA GRAVIDANZA

La gravidanza andrebbe pianificata nel momento in cui le condizioni generali della donna sono stabili e in particolar modo la funzionalità dell'organo trapiantato, per minimiz-

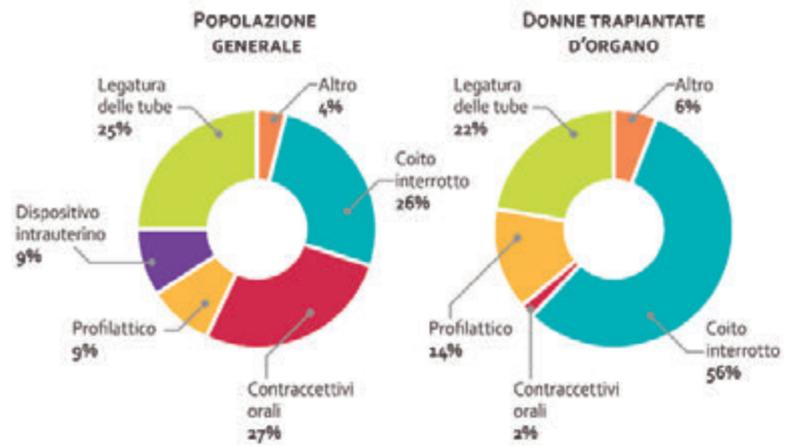
zare i rischi di un'insorgenza di episodi acuti post-trapianto. D'altro canto, un'eccessiva attesa comprometterebbe la funzionalità dell'organo subito dopo il parto, a causa dell'instaurarsi di processi patologici che progressivamente riducono l'efficienza organica. Le evidenze scientifiche suggeriscono di pianificare la gravidanza dopo 1-2 anni dal trapianto, ma di non attendere oltre i 5 anni.

I periodi di attesa tengono inoltre conto della gestione della terapia immunosoppressiva: questo aspetto è fondamentale anche per quanto riguarda i rischi per il feto e per l'aumento di complicanze ostetriche dovute all'interazione con la terapia immunosoppressiva. Inoltre, questo tempo di attesa è importante anche per gestire e tenere sotto controllo altre condizioni di comorbidità che potrebbero insorgere, come ipertensione e diabete, che potrebbero portare ulteriori rischi e complicanze in un'eventuale gravidanza, se non controllati.

LE PROBLEMATICHE E LE COMPLICANZE DI UNA GRAVIDANZA

Le problematiche legate alla gravidanza variano a seconda del tipo di organo trapiantato

Grafico 1 - Comparazione dei metodi contraccettivi tra popolazione generale e donne trapiantate



(tratto da Lessan-Pezeshki et al., 2004)

Grafico 2 - Confronto tra gravidanza pianificata e inattesa



(tratto da Ghazizadeh et al., 2005)

(vedi Allegato 1 a pag. 8); tuttavia le problematiche materno-fetali più frequenti risultano essere:

- Prematurità
- IUGR
- Infezioni perinatali
- Ipertensione
- Preeclampsia
- Rigetti acuti
- Diabete
- Anemia

La scelta contraccettiva più adeguata

Cosa porta una donna a pianificare una gravidanza e a gestire la propria fertilità dopo

il trapianto d'organo? Che sia una necessità medica o semplicemente la scelta della donna di non avere gravidanze, è opportuno vagliare le varie possibilità contraccettive e valutarne l'efficacia e l'accessibilità per questa categoria di donne, per offrire un counselling anticoncezionale il più adeguato possibile. La scelta contraccettiva deve bilanciare i rischi e i benefici dell'utilizzo del metodo contraccettivo con quelli di una potenziale gravidanza, compresi quelli circa l'insorgenza e il proseguimento.

I METODI CONTRACCETTIVI

1. Metodi barriera

I metodi barriera sono indicati per persone con vita sessuale moderata, poiché hanno un importante ruolo nella profilassi delle MTS e più in generale delle infezioni. Nel caso della donna trapiantata questi metodi sono l'ideale specie se associati con altre tecniche contraccettive, in particolare per quelle donne che usano immunosoppressori teratogeni. Il loro utilizzo in una coppia con donna trapiantata risulta efficace per la prevenzione delle infezioni della sfera genitale, che in una donna immunocompetente non creano particolari problematiche, ma che

nel caso specifico possono dare disturbi e disagi.

2. Contraccezione ormonale combinata

I metodi ormonali combinati da sempre rappresentano una delle scelte più efficaci in tema di contraccezione, offrendo una buona efficacia contraccettiva, che si attesta intorno al 99% purché non vi siano errori di assunzione. Tuttavia l'efficacia contraccettiva diminuisce se in concomitanza si assumono altre terapie mediche. A livello teorico, esiste il rischio di un'interazione farmacologica tra terapia immunosoppressiva e terapia ormonale causato dal sistema epatico citocromo P450, deputato alla

metabolizzazione di entrambi, per cui si potrebbe verificare una diminuzione dell'efficacia contraccettiva e dell'effetto della terapia immunosoppressiva. Tuttavia nella pratica clinica si ritengono tali rischi di minore importanza, soprattutto se relazionati ai rischi di un'eventuale gravidanza non pianificata. Considerando i dati presenti in letteratura si stima un'efficacia reale del 92%, ritenendo possibile l'interferenza tra immunosoppressori e ormoni. I rischi contenuti rendono il contraccettivo estro-progestinico uno dei metodi di seconda scelta (ma comunque efficace) per una donna con storia di trapianto d'organo non complicato.

3. Contraccezione ormonale: solo progestinici

I metodi a sistema solo progestinico sono un'efficace scelta per le donne che hanno controindicazioni all'uso di estrogeni. La contraccezione orale progestinica è caratterizzata dal 5% di probabilità di fallimento, e presenta svantaggi come sanguinamenti irregolari durante il ciclo ed amenorrea. Richiede uno stretto monitoraggio nelle donne che assumono immunosoppressori, ma nel complesso risulta ben tollerata e accettabile.

Il DMPA è un progestinico sintetico che viene somministrato periodicamente per via intramuscolare o sottocutanea

ALLEGATO 1

LE PROBLEMATICHE E LE COMPLICANZE DI UNA GRAVIDANZA NEI CASI SPECIFICI

1. Trapianto di rene: la gravidanza è comune nelle donne che subiscono trapianto di rene e insorge in circa il 5-12% delle donne, con una percentuale di successo del 60-80%. I rischi materni includono infezione, gravidanza ectopica, diabete gestazionale, preeclampsia e aumentato tasso di tagli cesarei e si presentano nel 27-38% delle donne. I rischi fetali riguardano le nascite pretermine nel 50% dei casi, 20% di IUGR, basso peso alla nascita, deficienza immunitaria ed infezioni perinatali.

2. Trapianto di fegato: patologie croniche a carico del fegato causano disordini mestruali e infertilità. Più della metà delle donne soffre di amenorrea. Il trapianto risolve l'instabilità mestruale e ripristina la fertilità nel 97% dei casi. Nelle donne in cui il trapianto è stato eseguito in

seguito a patologia autoimmune, la funzionalità riproduttiva è stata ripristinata in più dell'85% dei casi e la mediana si trova circa a un mese dopo il trapianto. La gravidanza è generalmente legata a buoni outcomes materno-fetali. La complicanza materna più frequente è la preeclampsia (21.9% contro il 3.8% della popolazione generale), seguita da ipertensione, diabete, disturbi cardiovascolari, colestasi, anemia, pielonefriti.

3. Trapianto di pancreas: l'insufficienza renale è un problema molto comune nei pazienti affetti da diabete mellito tipo I candidati al trapianto, che li rendono spesso soggetti a trapianto combinato di pancreas e rene. Un trapianto combinato di successo elimina la dipendenza da insulina in più dell'80% dei casi. Le donne che

hanno avuto gravidanze dopo il trapianto presentano il 78% di parti prematuri e il 63% di basso peso alla nascita. Il 57% dei neonati nasce da taglio cesareo. Le complicanze materne più frequenti sono: ipertensione (75%), infezioni (55%) e preeclampsia (34%).

4. Trapianto di cuore: gli studi hanno mostrato che il 69% delle gravidanze di donne trapiantate di cuore esita in un nato vivo, sebbene il 32% dei neonati sia prematuro e di basso peso alla nascita. Il 17% delle gravidanze termina in un aborto spontaneo, e il 9% in aborto terapeutico. Le complicanze più comuni sono: ipertensione (46%), rigetto acuto (21%), infezioni (11%) preeclampsia (10%) e diabete gestazionale (4%).

5. Trapianto di polmone: le donne trapiantate di polmone

sono soggette ad un più alto rischio di rigetto acuto, basso peso alla nascita e complicazioni ostetriche in gravidanza. La mortalità a 5 anni dal trapianto è del 50%, fatto che rende la sola sopravvivenza della donna ad alto rischio, che aumenta ulteriormente con la gravidanza. Dai dati statunitensi risulta che il 53% delle gravidanze termina con un nato vivo, ma di questi il 63% dei neonati sono prematuri e con basso peso alla nascita. Le complicanze materne sono ipertensione (53%), rigetto acuto (27%), infezione (20%) e preeclampsia (13%). La perdita della funzionalità d'organo dopo 2 anni dal parto si è verificata nel 21% dei casi.

6. Trapianto di intestino: nei registri viene riportato solo un caso di gravidanza che è terminato con un nato vivo.

Grafico 3 - I metodi contraccettivi per le donne trapiantate, suddivisione per efficacia-sicurezza



con una percentuale di fallimento intorno al 2%. I più comuni effetti collaterali sono i sanguinamenti vaginali irregolari e amenorrea. Il DMPA va utilizzato dalle donne trapiantate con cautela e stretto monitoraggio, a causa della diminuzione della densità ossea dovuta all'utilizzo di questo contraccettivo.

L'impianto sottocutaneo è un sistema a rilascio ormonale che garantisce un'efficacia del 99%. Uno degli eventi avversi è il pattern di sanguinamento vaginale, che negli USA porta il 13% delle donne ad abbandonarne l'utilizzo. Non ci sono dati specifici per la realtà della donna trapiantata, ma la sua similitudine con altri farmaci che vantano da tempo risultati positivi suggerisce la possibilità di utilizzo in sicurezza.

4. Dispositivi intrauterini (IUDs)

La spirale risulta il metodo contraccettivo migliore da proporre alle donne trapiantate per molte ragioni:

- è un metodo di lunga durata;
- ha una percentuale di fallimento molto bassa (circa 1%);
- è un metodo reversibile e la donna può concepire in tempi brevi dalla rimozione;
- le interazioni con altri medicinali sono inesistenti o minime.

Per anni la comunità scientifica ha ritenuto inaccettabile l'utilizzo di IUD in una donna trapiantata, a causa della possibile riduzione dell'efficacia contraccettiva in concomitanza con la terapia immunosoppressiva e per la possibilità di aumento delle PID. In realtà le attuali evidenze scientifiche

suggeriscono che il meccanismo di azione del dispositivo intrauterino sia basato sul ruolo dei macrofagi nella distruzione dei game-

ti e che questo processo sia influenzato solo minimamente dagli agenti immunosoppressivi. È inoltre interessante il fatto che alcuni tipi di immunosoppressori, come i corticosteroidi, sembrano aumentare l'attività locale dei macrofagi tramite il rilascio di una sostanza pro-infiammatoria.

Un'altra questione che ha portato allo scarso utilizzo di questo metodo riguarda il rischio infettivo locale correlato all'uso di immunosoppressori. Attualmente non ci sono in letteratura studi che confermino questo rischio, ma considerando validi per il caso specifico i dati di un altro gruppo di donne immunodeficienti, si è dimostrato che l'incidenza delle infezioni nelle donne affette da HIV è sovrapponibile a quella della popolazione generale.

Non ci sono quindi basi biologiche che dimostrino l'inefficacia dello IUD a livello locale e quindi non ha senso scoraggiare l'uso di questo dispositivo per un rischio in definitiva solo teorico (vedi graf. 3).

IL COUNSELLING OSTETRICO ALLA DONNA TRAPIANTATA D'ORGANO

Nella letteratura scientifica attuale non sono presenti studi rilevanti che indaghino la situazione delle donne rispetto al counselling che viene o non viene loro offerto, e nemmeno linee guida rispetto all'assistenza da offrire ad una donna

che sta per sottoporsi a trapianto d'organo.

Da uno studio condotto nella realtà brasiliana emerge che più del 70% delle donne dichiara di aver ricevuto counselling contraccettivo prima del trapianto ma il numero decresce significativamente fino a meno del 50% dopo l'intervento.

Quel che è assodato è che il counselling anticoncezionale prima del trapianto è auspicabile non solo per non incorrere in gravidanze indesiderate immediatamente dopo l'intervento, ma anche per individuare quelle donne che escludono a priori una futura gravidanza; il counselling sulla pianificazione familiare e sulla fertilità consente alla donna di decidere con scelta informata se avvalersi di una sterilizzazione tubarica contestuale al trapianto che concilierebbe il desiderio della donna di non avere gravidanze con la protezione dai rischi di una gravidanza inattesa.

In un team multidisciplinare come quello che assiste una donna in fase perioperatoria trova senza dubbio spazio l'ostetrica/o, che in collaborazione con le altre figure professionali è in grado di fornire informazioni adeguate e counselling specifico sulla ripresa della fertilità e sulla contraccezione, indagando anche la storia ostetrica e le abitudini di vita della donna.

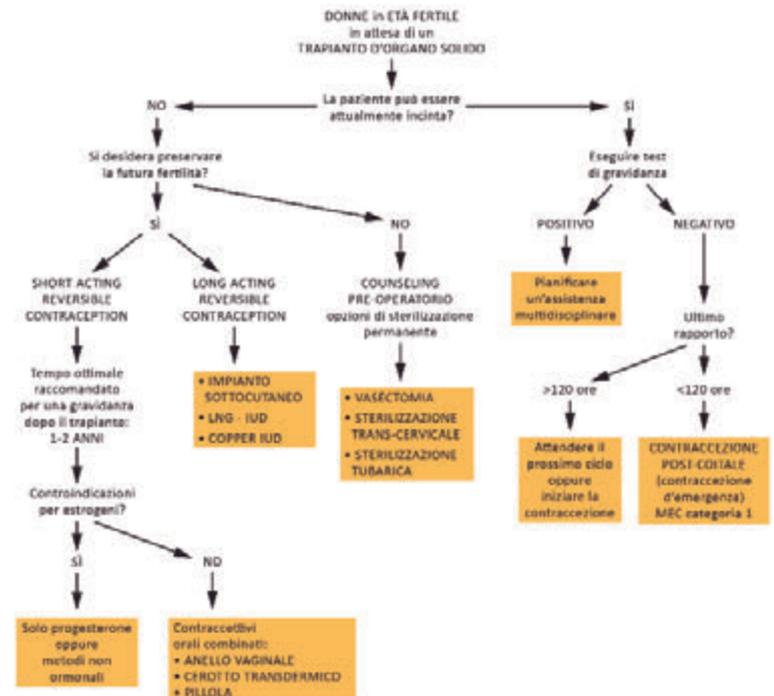
L'ostetrica/o è il professionista sanitario adeguato per via del-

la sua specifica competenza dettagliata nei seguenti cardini della professione, che delineano il campo proprio di attività e responsabilità dell'ostetrica/o:

- l'ordinamento didattico del Corso di Laurea in Ostetricia che prevede insegnamenti specifici nell'area ostetrico-ginecologico neonatale;
- il profilo professionale che all'art. 1 comma 2, lettera A enuncia: "L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità". Inoltre alla lettera E si legge: "L'ostetrica/o, per quanto di sua competenza, partecipa ai programmi di assistenza materna e neonatale";
- il codice deontologico che all'art. 3.15 cita: "L'ostetrica/o per la tutela e l'attuazione del diritto alla procreazione cosciente e responsabile, presta ed assicura con ogni mezzo a sua disposizione, sostegno ed informazioni sui temi della sessualità, della riproduzione e della contraccezione".

La pianificazione familiare è da considerarsi un diritto inalienabile della donna e della coppia, nel rispetto del loro background etico, sociale ed ambientale. L'ostetrica/o deve fornire alla coppia i principi base di anatomia e fisiologia del ciclo mestruale, del con-

Grafico 4 - Algoritmo da utilizzare nel counselling anticoncezionale



(tratto da Patel et al., 2013)

cepimento e della gravidanza. L'ostetrica/o deve saper illustrare ogni metodo contraccettivo mostrando rischi e benefici e sollecitare la donna alla sorveglianza di segni e sintomi relativi all'impiego del metodo contraccettivo scelto. L'ostetrica/o è il professionista che permette alla donna e alla coppia di compiere una scelta informata.

Punti chiave da trattare durante il counselling

Durante la pianificazione familiare, l'ostetrica/o dovrebbe trattare i seguenti punti:

- principi base della fertilità di coppia;
- esporre la possibilità di eseguire vaccinazioni per Rosolia, HBV, Tetano e Streptococco Pneumoniae prima del trapianto, se non ancora eseguite;
- discutere il rischio per la donna e per il feto durante la gravidanza, insieme alla coppia;
- discutere della necessità di essere in buona salute prima di affrontare una gravidanza, trattando anche le tematiche della nutrizione e delle abitudini alimentari corrette;
- esporre i fattori prognostici di migliori outcomes per la gravidanza;
- illustrare i tempi e le modalità di ripresa della fertilità dopo il trapianto;
- illustrare le varie possibilità contraccettive per permettere alla donna di compiere una scelta informata;
- verificare se la donna desidera gravidanze in futuro e in caso negativo proporre un

metodo contraccettivo "long-action reverse" oppure possibilità definitive come la sterilizzazione tubarica o vasectomia maschile;

- proporre un secondo metodo anticoncezionale aggiun-

tivo se la coppia decide di optare per metodi barriera, spiegando l'importanza della prevenzione delle infezioni della sfera genitale (vedi graf. 4).

bibliografia

1. Heneghan M.A., Selzner M., Yoshida E.M., Mullhaupt B. Pregnancy and sexual function in liver transplantation. *Journal of hepatology* (2008) 49(4):507-519
2. Trubian A., Zaza G., Rugiu C., Tomei P., Lupo A. Gravidanza post-trapianto: un progetto da pianificare. *Giornale italiano di nefrologia : organo ufficiale della Società italiana di nefrologia* (2012) 29(3): 308-320
3. Lessan-Pezeshki M., Ghazizadeh S., Khatami M.R., Mahdavi M., Razeghi E., Seifi S., Ahmadi F., Maziar S. Fertility and contraceptive issues after kidney transplantation in women. *Transplantation proceedings* (2004) 36(5):1405-1406
4. Ghazizadeh S., Lessan-Pezeshki M., Khatami M., Mahdavi M., Razeghi E., Seifi S., Ahmadi F., Maziar S., Azmandian J., Abbasi M. Unwanted pregnancy among kidney transplant recipients in Iran. *Transplantation proceedings* (2005) 37(7):3085-3086
5. Mastrobattista J.M., Gomez-Lobo V. Pregnancy after solid organ transplantation. *Obstetrics and gynecology* (2008) 112(4):919-932
6. Estes C.M., Westhoff C. Contraception for the transplant patient. *Seminars in perinatology* (2007) 31(6):372-377
7. Krajewski C.M., Geetha D.; Gomez-Lobo V. Contraceptive Options for Women With a History of Solid-Organ Transplantation. *Transplantation* (2013) 95 (10): 1183-1186
8. Paulen M.E., Folger S.G., Curtis K.M., Jamieson D.J. Contraceptive use among solid organ transplant patients: a systematic review. *Contraception* (2010) 82 (1): 102-112
9. Ramhendar T, Byrne P. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in renal transplant recipients: a retrospective case review. *Contraception* (2012) 6(3):288-289
10. Guazzelli C.A., Torloni M.R., Sanches T.F., Barbieri M., Pestana J.O. Contraceptive counselling and use among 197 female kidney transplant recipients. *Transplantation* (2008) 86(5):669-672
11. Decreto Ministeriale 14/09/1994, n. 740 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Ostetrica/o, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.6 del 9 Gennaio 1995
12. Federazione Nazionale Collegi Ostetriche (2010) "Codice Deontologico dell'Ostetrica/o", approvato dal Consiglio Nazionale il 19/06/2010
13. Patel P.R., Schreiber C.A. Controversies in family planning: contraceptive counselling in the solid organ transplant recipient. *Contraception* (2013)87(2):138-142
14. <http://emedicine.medscape.com/article/429932-overview#aw2aab6b7> ultimo consulto il: 20/08/2014

Efficacia dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita e strategie di riduzione del tasso di incidenza del Taglio Cesareo.

Uno studio osservazionale retrospettivo monocentrico

Rosanna De Serio

Ostetrica, Presidio Ospedaliero San Benedetto del Tronto - Asur Marche Area Vasta 5

INTRODUZIONE

Negli ultimi anni si è assistito ad un rapido e progressivo aumento della medicalizzazione della gravidanza e del parto che ha innescato un processo di snaturalizzazione dell'evento nascita e della maternità, che sempre più spesso viene associata ad uno stato patologico. La manifestazione più evidente del processo di medicalizzazione è senza dubbio l'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo (TC). Il tasso di TC continua ad aumentare in tutto il mondo e costituisce fonte di preoccupazione di salute pubblica sia nei paesi industrializzati sia in quelli in via di sviluppo (1,2,3,4). L'alta percentuale di TC è indicatore di scarsa qualità delle cure prestate nell'ambito della salute materno-infantile a livello globale e fa parte degli indicatori di efficacia e appropriatezza selezionati dal Ministero della Salute italiano. Tale indicatore è stato utilizzato, oltre che dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1985), anche dalla Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia (Figo) e fatto proprio dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute che lo ha inserito, stabilendo un limite del 15-20%, nel "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", di cui al Decreto Ministeriale (DM) del 12 dicembre 2001. Questa raccomandazione viene sistematicamente disattesa nel nostro paese dove l'incidenza di TC raggiunge il 38.4%, tasso in continuo aumento dal 1980 dove si registrava una incidenza dell'11% [5]. In Italia il ricorso alla pratica del TC ha raggiunto livelli allarmanti, sia per il numero di interventi effettuati – ben al di sopra

Negli ultimi anni si è assistito ad un rapido e progressivo aumento della medicalizzazione della gravidanza e del parto che ha innescato un processo di snaturalizzazione dell'evento nascita e della maternità, che sempre più spesso viene associata ad uno stato patologico. La manifestazione più evidente del processo di medicalizzazione è senza dubbio l'eccessivo ricorso al Taglio Cesareo (TC). In Italia il ricorso alla pratica del TC ha raggiunto livelli allarmanti, sia per il numero di interventi effettuati, sia per la variabilità rilevata tra le diverse regioni e aziende sanitarie. Analizzando la regione Abruzzo, si evidenzia un tasso di incidenza di ricorso al TC in linea con i trend nazionali, ed un progressivo aumento dal 1980 ad oggi. A fronte del ricorso eccessivo al TC, costituiscono fattori

protettivi la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita, il partorire in strutture pubbliche e l'essere assistita dal consultorio familiare o da un'ostetrica, specie laddove le pratiche della struttura sanitaria consentano alla donna di mettere in atto durante il travaglio e il parto le competenze acquisite. L'analisi dei dati del presente studio mostra che nel gruppo di gestanti oggetto di studio si è registrato un tasso di prevalenza del TC del 25.2%; tasso nettamente inferiore alle medie locali (40%), regionali (44%) e nazionali (38.4%). Dai risultati della ricerca sembra che i corsi di accompagnamento alla nascita possano costituire un argine a questo processo di medicalizzazione dell'esperienza della maternità

Parole chiave: Incidenza Taglio Cesareo, Medicalizzazione evento nascita, Corso di accompagnamento alla nascita

della proporzione registrata negli altri paesi europei – sia per la variabilità rilevata tra le diverse regioni e aziende sanitarie. L'Italia presenta a livello europeo la più alta percentuale di cesarei, seguita dal Por-

togallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia [6]. Si rileva inoltre una spiccata variabilità su base interregionale con valori

Tabella 1 - Tassi di incidenza di TC. Distribuzione nelle tre macroaree geografiche: Sud, Centro e Nord Italia

| Area | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
|--------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Nord | 26.3 | 27.5 | 27.8 | 28.7 | 29.1 | 29.2 | 29.3 | 29.2 |
| Centro | 31.3 | 32.5 | 33.0 | 34.2 | 34.9 | 35.3 | 35.1 | 35.1 |
| Sud | 43.9 | 46.6 | 48.3 | 50.1 | 51.2 | 51.9 | 52.2 | 52.2 |
| Italy | 33.9 | 35.6 | 36.5 | 37.7 | 38.2 | 38.4 | 38.4 | 38.3 |

Fonte: elaborazione Agenas su dati SDO – Ministero della Salute del 2008

tendenzialmente più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nel meridione (Tab. 1 pag.12): si va dal 23.1% nella Provincia autonoma di Trento e in Friuli Venezia Giulia al 61.9% in Campania (5).

I dati disponibili confermano, per quanto riguarda il TC e in generale l'assistenza in gravidanza e al parto, l'aumento in Italia del ricorso a una serie di procedure la cui utilità non è basata su evidenze scientifiche e non è sostenuta da un reale aumento delle condizioni di rischio. Il loro utilizzo è spesso totalmente indipendente dalle caratteristiche sociodemografiche delle donne e dalle loro condizioni cliniche ed è invece associato principalmente alla disponibilità delle strutture coinvolte e alla loro organizzazione [7].

Poiché tassi così elevati non appaiono giustificati da una maggiore frequenza di condizioni cliniche per le quali questa procedura costituisce una scelta obbligata [6], per tentare di comprendere il fenomeno nel nostro territorio occorre valutare il contributo svolto da altri fattori. Alcuni autori indicano che all'aumentare dell'età materna aumenta il rischio di partorire mediante TC [8,9], tuttavia indagini epidemiologiche nazionali documentano un tasso di TC superiore al 30% anche per le donne con meno di 25 anni (30% tra 20 e 25 anni – 32% tra 25 e 30 – 33.5% tra 30 e 35 – 37.5% tra 35 e 40 – 44% tra 40 e 45) [10]. Partorire in una struttura privata, soprattutto se alla prima gravidanza, comporta un rischio doppio di subire un TC [11-12] e questa evidenza si conferma anche nel nostro paese dove la percentuale di TC nelle strutture private raggiunge il 67.5% [5], a dispetto della quota maggiore di parti a basso rischio ostetrico riscontrata in queste strutture. Un'analisi delle schede di nascita di tutti i parti effettuati in Italia nell'anno 2008 ha evidenziato che, a parità di condizioni cliniche della donna e del feto, la probabilità di ricorso al TC è del 60.5% nelle strutture private accreditate e del 75% in quelle completamente private rispetto a quella osservata nelle maternità pubbliche (34.8%) [5].

Sono molte le cause che hanno determinato l'aumento della frequenza del TC, tanto che oggi non è facile individuare gli in-

Tabella 2 - Tassi di incidenza di TC. Distribuzione nelle tre macroaree geografiche: Sud, Centro e Nord Italia

| Regioni | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Piemonte | 28.73 | 28.90 | 30.17 | 31.90 | 31.42 | 31.87 | 32.12 | 31.87 | 31.55 |
| V. Aosta | 22.96 | 27.46 | 27.18 | 27.37 | 30.32 | 32.24 | 33.69 | 33.22 | 34.98 |
| Lombardia | 25.31 | 26.47 | 26.58 | 27.31 | 28.22 | 28.13 | 28.28 | 28.51 | 28.71 |
| Bolzano | 14.09 | 19.86 | 19.51 | 22.98 | 23.31 | 24.79 | 23.81 | 26.64 | 25.49 |
| Trento | 24.79 | 27.19 | 27.05 | 28.10 | 27.14 | 26.57 | 25.90 | 23.38 | 24.58 |
| Veneto | 26.33 | 27.32 | 27.88 | 28.58 | 28.87 | 28.94 | 28.65 | 28.15 | 28.61 |
| F.V.Giulia | 20.25 | 21.05 | 22.40 | 23.08 | 23.89 | 23.76 | 23.85 | 23.01 | 23.77 |
| Liguria | 30.46 | 31.20 | 32.31 | 32.34 | 34.74 | 35.57 | 35.34 | 36.25 | 37.16 |
| Emilia R. | 29.31 | 30.84 | 3.39 | 30.95 | 30.38 | 30.00 | 30.64 | 30.06 | 28.89 |
| Toscana | 22.82 | 24.47 | 25.34 | 26.07 | 26.06 | 25.85 | 26.83 | 26.55 | 26.89 |
| Umbria | 26.68 | 28.18 | 30.58 | 31.67 | 30.69 | 31.80 | 31.04 | 31.09 | 32.47 |
| Marche | 34.06 | 34.62 | 35.41 | 35.35 | 34.83 | 34.80 | 35.19 | 35.20 | 34.19 |
| Lazio | 36.40 | 37.58 | 37.52 | 39.37 | 41.08 | 41.70 | 40.80 | 41.24 | 41.57 |
| Abruzzo | 35.16 | 38.48 | 39.65 | 40.49 | 43.01 | 43.19 | 44.38 | 43.57 | 42.31 |
| Molise | 39.25 | 40.35 | 42.20 | 49.16 | 48.89 | 49.40 | 48.83 | 47.30 | 48.45 |
| Campania | 54.04 | 56.06 | 57.92 | 58.89 | 59.85 | 60.58 | 61.41 | 61.89 | 62.24 |
| Puglia | 40.29 | 42.91 | 43.46 | 45.90 | 47.69 | 48.41 | 49.13 | 47.85 | 47.76 |
| Basilicata | 45.83 | 50.41 | 51.22 | 50.36 | 50.26 | 47.77 | 46.81 | 46.34 | 46.37 |
| Sicilia | 41.74 | 45.11 | 47.93 | 50.26 | 52.06 | 52.50 | 52.17 | 52.79 | 53.14 |
| Sardegna | 32.54 | 33.37 | 36.74 | 39.31 | 38.87 | 37.87 | 37.26 | 36.90 | 37.35 |
| ITALIA | 33.91 | 35.67 | 36.57 | 37.75 | 38.24 | 38.44 | 38.44 | 38.32 | 38.43 |

Fonte: elaborazione Agenas su dati SDO – Ministero della Salute dal 2001 al 2009

terventi tramite i quali governare questo fenomeno. Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza postoperatoria hanno generato la convinzione che il TC sia privo di rischi. In realtà la mortalità materna attribuibile all'intervento è da 2 a 10 volte superiore rispetto al parto vaginale [13,14,15] e la frequenza di complicanze nel post-partum è almeno dieci volte più alta [13,16].

Non tutti hanno criticato l'aumento progressivo del ricorso al TC. Alcuni anni fa, Baker e D'Alton [17] ne hanno evidenziato i benefici dimostrando che se è vero che dal 1965 al 1980 i tagli cesarei sono aumentati dal 5% al 18-25%, nello stesso periodo la mortalità perinatale è scesa dal 40% al 18-20%, anche se il calo di questo indice si è verificato pure dove la percentuale dei cesarei è rimasta molto contenuta [18]. Successivamente è stato dimostrato che i maggiori rischi materni e i maggiori costi associati al TC non sono bilanciati da un corrispondente e costante miglioramento degli esiti perinatali [19]. Attualmente è stato constatato che non vi sono dati a favore della tesi che questo più che diffuso ricorso al TC sia in qualche modo associato a miglioramenti significativi degli esiti perinatali negli ultimi anni. Anzi i dati disponibili ci dicono proprio

il contrario: la mortalità neonatale è più alta nelle regioni meridionali-insulari, dove più elevata è la percentuale di TC [10]. La maggior parte degli studi sulla frequenza del TC hanno dimostrato che il TC è generalmente riconducibile a quattro indicazioni principali: pregresso taglio cesareo; presentazione anomala, distocia e sofferenza fetale in travaglio da parto [1-20-21-22]. Il pregresso taglio cesareo costituisce in Italia il più alto fattore di rischio, il TC cosiddetto "ripetuto" rappresenta l'indicazione all'intervento nel 28.6% di tutti i cesarei e il 94.2% delle donne sottoposte a laparotomia di elezione effettueranno la stessa metodica nel parto successivo [23], malgrado l'OMS non consideri necessario ripetere un TC di routine nelle donne già cesarizzate. Il "pregresso parto cesareo" non è però una patologia, ma semplicemente la constatazione che la donna ha già partorito precedentemente con un TC e, quindi, indipendentemente dalle sue condizioni cliniche, viene sottoposta a un nuovo taglio cesareo di elezione. Negli Stati Uniti, l'United State Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality indica il 'parto di prova', ovvero il parto vaginale dopo un precedente TC (Vbac – Vaginal birth after cesarean) come una

Tabella 3 - Incidenza di Tagli Cesarei sul totale dei parti nella Regione Abruzzo

| Anno | Incidenza |
|------|-----------|
| 1980 | 11,1% |
| 1993 | 22,7% |
| 2003 | 39,6% |
| 2005 | 43,01% |
| 2007 | 44,3% |
| 2010 | 44,8% |

Fonte: dati SDO, Ministero della Salute

scelta sicura e ragionevole per la miglioramento delle donne con pregresso cesareo e mette in guardia dai danni relativi ai cesarei multipli. Nel luglio 2010, l'American College of Gynecologists and Obstetricians (Acog) ha rivisto le precedenti linee guida, raccomandando la scelta di un parto vaginale dopo un pregresso cesareo come appropriata e sicura per la maggior parte delle donne.

Nel 2003, Devendra e Arulkumaran [24] hanno evidenziato che il TC è un intervento che riguarda soprattutto donne con livelli di istruzione e professionali medio alti, che partoriscono in strutture private del Sud e che sono seguite da un ginecologo privato. Il TC viene generalmente eseguito nel 65,2% senza indicazioni di urgenza [25], per effetto di aspetti culturali che lo assimilano ad una modalità elettiva di nascita [26]. Anche l'attitudine dei professionisti nei confronti del TC è stata indagata; in generale, le ostetriche sembrano meno inclini dei ginecologi a ritenere che il TC apporti benefici maggiori alle donne e che vada ripetuto inevitabilmente in quelle già cesarizzate [27-28-29]. Inoltre, i ginecologi, nell'assecondare la richiesta materna di TC sembrano più spesso guidati da timori di controversie legali e carenze strutturali ed organizzative che da motivazioni medico-cliniche. Alcuni studi associano tale richiesta alla paura del travaglio e del parto in donne con problemi psicologici e/o psichiatrici o con precedenti esperienze negative di parto [30,31,32,33,34,35]. È stata enfatizzata spesso la richiesta materna come fattore importante dell'incremento nel ricorso al TC; lo studio Istat del 2006 [10] rivela, al contrario, che le donne preferiscono ancora partorire in modo spontaneo (87,7%). In una indagine italiana condotta nel 1999, intervistando prima della dimissione 1986 puerpere in 23 cliniche universitarie, le donne che avevano effettuato un parto spontaneo hanno dichiarato la loro preferenza per un parto spontaneo al termine della gravidanza successiva nell'89,9% dei casi. Fra le donne che avevano effettuato un taglio cesareo il 77% avrebbe voluto partorire, al termine della gravidanza successiva, con parto vaginale [36]. La principa-

le motivazione di questa scelta materna è rappresentata dalla percezione, da parte della donna, di una maggiore sicurezza per il neonato (6-10%) [37]; in questi studi, la scelta materna del TC è risultata fortemente correlata con un precedente taglio cesareo, una precedente esperienza negativa del parto, una complicazione della gravidanza in corso o la paura del parto e degli esiti sul pavimento pelvico [38]. Sembra, invece, che nessuna donna chieda il TC in assenza di quelle che lei stessa considera indicazioni cliniche e/o psicologiche [39]. Numerosi studi ed indagini epidemiologiche confermano, quindi, la netta preferenza delle donne, anche quelle cesarizzate, per il parto spontaneo rispetto al parto cesareo [40-41-10-36-37]. Spostando la nostra attenzione dal panorama nazionale a quello regionale, rileviamo che la Regione Abruzzo, in linea con i trend nazionali, mostra un tasso di incidenza di ricorso al TC del 44% (Tab. 2 pag.12), con picchi massimi raggiunti in alcuni punti nascita del 59,8% [10] ed un progressivo aumento dal 1980 ad oggi (Tab. 3 pag.13).

La presente ricerca si propone di indagare nel dettaglio la realtà dell'Azienda Sanitaria Locale (ASL) numero 2 di Lanciano-Vasto-Chieti, dove nell'anno 2010 si è rilevata un'incidenza di ricorso al TC del 40% a Lanciano, 45% a Vasto, 52% a Chieti e 65% a Ortona [42]. La Regione Abruzzo, inoltre, presenta una situazione critica con il 40,1% di cesarei primari, il tasso più alto in Italia, seguita da una regione settentrionale, la Liguria, con il 35,2% [43]. Per quanto riguarda la stratificazione dei TC per cittadinanza, la media regionale dei parti cesarei per le partorienti di cittadinanza italiana si assesta tra il 44% e il 46%; per le donne di cittadinanza straniera il dato è sicuramente più basso in quanto la media regionale è del 35% dei parti cesarei sul totale dei parti [42]; dati ben al di sopra di quelli raccomandati dalle massime Istituzioni nazionali e internazionali.

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

A fronte dei suddetti fattori di rischio per il ricorso al TC, costituiscono fattori pro-

tettivi la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita, il partorire in strutture pubbliche e l'essere assistita dal consultorio familiare o da un'ostetrica, specie laddove le pratiche della struttura sanitaria consentano alla donna di mettere in atto durante il travaglio e il parto le competenze acquisite [44,45].

I corsi di accompagnamento alla nascita si inseriscono all'interno del percorso educativo che fa parte dell'assistenza prenatale. L'obiettivo dell'assistenza prenatale è promuovere la salute delle donne in gravidanza, identificare e trattare eventuali condizioni di patologia e favorire la salute del neonato [46]. Ma comprende anche un percorso educativo di informazioni e sostegno alle donne, ai loro partner e alle loro famiglie, per aiutarli nella transizione alla genitorialità e fare scelte informate, basate sui propri bisogni e valori. La linea guida datata 2008 di 'National Collaborating Centre for Women's and Children's Health' [47] raccomanda che alle donne in gravidanza venga offerta l'opportunità di partecipare a un corso di accompagnamento al parto e di ricevere informazioni scritte sull'assistenza prenatale. Gli studi clinici disponibili in letteratura forniscono prove sull'efficacia dei corsi di preparazione alla nascita su outcome materni e neonatali. Uno studio clinico controllato randomizzato (RCT) condotto in Iran ha coinvolto 200 primigravide di età <35 anni arruolate alla ventesima settimana di gestazione. È stata osservata una riduzione della proporzione di TC fra le donne che avevano partecipato a otto incontri di preparazione prenatale rispetto alle donne che avevano ricevuto un'assistenza convenzionale, senza frequentazione del corso [48]. In uno studio osservazionale condotto in Norvegia, 86 donne in gravidanza che avevano richiesto il TC per tocofobia sono state trattate con counselling. Dopo l'intervento di counselling, l'86% delle donne ha cambiato la precedente richiesta di TC programmato e si è dichiarato disponibile ad affrontare il parto vaginale, definendosi contento del cambiamento nei controlli successivi al parto. Delle donne che avevano cambiato opinione dopo il

Figura 1 - Numero di Iscrizioni al Corso di Accompagnamento alla Nascita e Frequenza di Partecipazione a più di 5 incontri negli anni 2008-2009-2010-2011



counselling, il 69% ha effettivamente partorito per via vaginale, il 31% è stato sottoposto a TC su indicazione ostetrica [49]. L'uso della psicoprofilassi durante il parto in uno studio di coorte svedese in 857 nullipare è risultato associato a un minore rischio di TC di emergenza [50]. Da due indagini conoscitive sul percorso nascita realizzate in Italia nel 2002 e nel 2008 la partecipazione a corsi di accompagnamento alla nascita è risultata un fattore associato a minore ricorso al TC [44,51]. Da due indagini conoscitive sul percorso nascita realizzate in Italia nel 2005 e nel 2008 l'aver partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita, soprattutto se presso un Consultorio Familiare, è risultato uno dei fattori associati a una maggiore prevalenza di allattamento completo fino ai 5 mesi [51, 10]. I corsi, soprattutto se combinati a incontri post natali, si sono dimostrati efficaci nell'incrementare i tassi di inizio dell'allattamento al seno e nel prolungare la durata dell'allattamento al seno esclusivo [51].

L'adeguamento regionale all'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 prevede infatti la diffusione di corsi di accompagnamento alla nascita sul territorio in collaborazione con i vari punti nascita, nonché la promozione della dimissione protetta delle puerpere e dei neonati, sostenendo le donne soprattutto nel prevenire l'insorgenza della depressione post-partum, che colpisce il 16% delle neo-mamme [52] e nel favorire l'allattamento esclusivo al seno per i primi sei mesi.

Secondo l'Istituto Nazionale di Statistica (2006) [10] partorisce con TC il 27.6% delle donne che frequentano un corso di accompagnamento alla nascita contro il 41.5% che non vi partecipa. L'efficacia dei corsi è probabilmente connessa alla loro capacità di migliorare la consapevolezza delle donne accrescendone la competenza nel prendere decisioni al momento del parto ma quelle che vi partecipano rappresentano una categoria selezionata di partorienti, già fortemente orientata verso il parto naturale [13]. Si tratta generalmente di donne con più di trenta anni, con un titolo di studio se-

condario, occupate, primipare e con decorso fisiologico della gravidanza. Ne risultano escluse proprio le fasce meno protette e potenzialmente più a rischio [44]. Nell'ambito del Consultorio Familiare dell'ASL numero 2 di Lanciano-Vasto-Chieti (sede di Lanciano) nell'arco di tempo 2008-2011 sono stati condotti "Corsi di Accompagnamento alla Nascita" alle pazienti gravide del territorio afferente; con il presente studio si vuole esaminare il gruppo di gestanti che vi hanno preso parte e l'efficacia dei corsi sulla riduzione dell'incidenza dei TC.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

L'obiettivo primario dello studio è quello di valutare l'efficacia della partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita nel ridurre il ricorso al taglio cesareo.

Gli obiettivi secondari della ricerca sono:

- descrivere le caratteristiche socio-demografiche e ostetriche di un campione di donne gravide che frequenta un corso di preparazione al parto;
- valutare se esiste una associazione tra le caratteristiche socio-demografiche e ostetriche e la modalità del parto (spontaneo vs cesareo);
- valutare se esiste una associazione tra la tipologia di parto effettuato e gli esiti neonatali (necessità di rianimazione e punteggio di Apgar al quinto minuto¹).

MATERIALI E METODI

Disegno dello Studio

Lo studio è osservazionale, retrospettivo, monocentrico.

Pazienti e Centri

Lo studio è stato condotto presso il Consultorio Familiare dell'ASL 2 di Lanciano-Vasto-Chieti, nel dettaglio presso la sede di Lanciano, indagando e analizzando da-

ti riguardanti un periodo di tempo dal 1 marzo 2008 al 31 dicembre del 2011.

Partecipanti e Criteri di Reclutamento

Criteri di Inclusione

Sono state valutate retrospettivamente le schede ostetriche delle donne prese in carico nel Percorso di Accompagnamento alla Nascita ed i Certificati di Assistenza al Parto (CeDAP).

Sono state incluse nello studio:

- tutte le donne gravide dal secondo trimestre di gravidanza iscritte al Corso di Accompagnamento alla Nascita, effettuato presso il Consultorio Familiare di Lanciano, nel periodo di tempo considerato;

- tutte le donne che hanno partorito presso il presidio Ospedaliero di Lanciano.

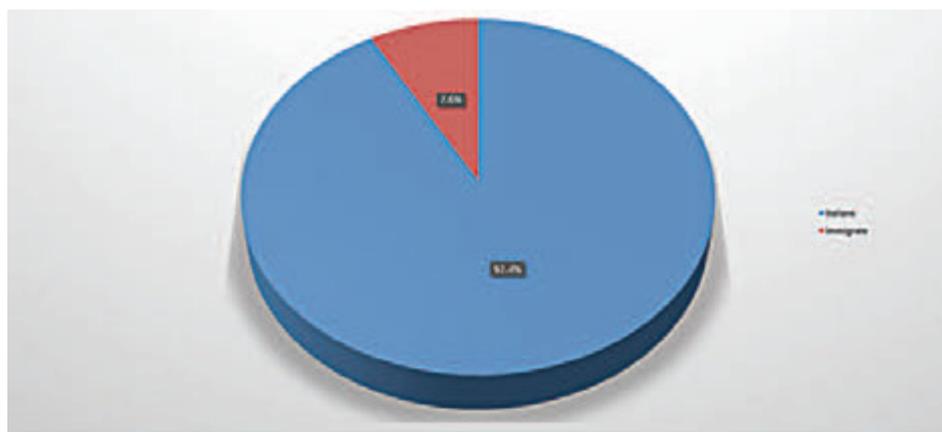
Il Corso di Accompagnamento alla Nascita proposto dal Dipartimento Materno-Infantile del Distretto Sanitario della ASL 2 di Lanciano-Chieti-Vasto si articola in incontri da effettuarsi durante la gravidanza e nel post-partum, divisi in una parte teorica ed una pratico-esperenziale, a cadenza settimanale e della durata di una-due ore ciascuno. L'epoca gestazionale minima di arruolamento al corso è di 18 settimane; ogni incontro è condotto da uno o due membri dell'équipe multidisciplinare (ostetrica, psicologa, ginecologo e medico consultoriale). Il numero delle partecipanti previsto per ciascun corso varia da un minimo di otto ad un massimo di dodici persone.

Criteri di Esclusione

Sono state escluse dallo studio:

- le donne che hanno preso parte ai corsi di accompagnamento per un numero di incontri inferiore a 5;
- le donne la cui gravidanza si è interrotta a causa di morte endouterina fetale;

¹ neonato con indice di Apgar < 8 al quinto minuto dalla nascita è indicativo di sofferenza neonatale

Figura 2 - Cittadinanza delle gestanti iscritte al Corso di accompagnamento alla Nascita**Tabella 4 - Caratteristiche socio-demografiche del campione**

| Caratteristiche | N(=398) | % |
|---------------------------------|---------|------|
| Cittadinanza | | |
| Italiane | 368 | 92.4 |
| immigrate | 30 | 7.6 |
| Stato Civile | | |
| Coniugata | 344 | 86.4 |
| nubile | 44 | 11.1 |
| separata/divorziata | 10 | 2.5 |
| vedova | 0 | 0 |
| Istruzione | | |
| laurea-laurea breve | 123 | 30.8 |
| scuola media superiore | 230 | 57.8 |
| scuola media infer - lic. elem | 45 | 11.4 |
| Condizione Professionale | | |
| Occupata | 306 | 76.8 |
| casalinga | 74 | 18.7 |
| disoccupata | 10 | 2.6 |
| studente | 8 | 1.9 |

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

- le donne che hanno espletato il parto nei punti nascita diversi da Lanciano.

Possibili bias

Potenziati errori potrebbero essere di tre categorie: la prima classe di limiti potrebbe derivare da un campione, non molto numeroso, rappresentativo di donne probabilmente già orientate verso il parto naturale. Una seconda tipologia di limiti è inerente la fonte di quasi la totalità dei dati dello studio, ovvero bias potrebbero derivare da una mancata, incompleta o errata compilazione dei CeDAP. Ed infine, un terzo genere di errore potrebbe essere rappresentato dalle donne candidate preventivamente ad un TC programmato.

Considerazioni Etiche

Al fine di poter effettuare lo studio e quindi ricercare, acquisire ed elaborare i dati sono stati richiesti il consenso al Responsabile del Consultorio Familiare, al Direttore del Presidio Ospedaliero "F. Renzetti" di Lanciano e al Direttore Generale dell'ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti.

Metodi Statistici

I dati raccolti sono stati sottoposti ad un'analisi statistica con l'ausilio del programma Statistical Package for Social Science (SPSS). I dati continui sono stati confrontati con metodi non parametrici (prevalenze, medie, deviazioni standard) e differenze delle prevalenze negli eventi/esiti mediante analisi statistica parametrica (Chi-Quadrato e il Test Esatto di Fischer). Si è proceduto all'effettuazione delle analisi logistiche univariate di interesse che han-

no fornito una stima dell'Odds Ratio (OR) e del rispettivo Intervallo di Confidenza (IC) al 95%.

Il cut-off di significatività prescelto per il valore di p è uguale o inferiore a 0.05.

RISULTATI

Le gestanti identificate per l'arruolamento sono state 398, su un totale di 498 donne regolarmente iscritte al Corso di Accompagnamento alla Nascita presso il Consultorio Familiare di Lanciano negli anni 2008-2009-2010-2011: il 7.8% (n=39) delle donne, pur avendo partecipato al corso per più di cinque incontri, ha scelto di partorire in strutture diverse dal punto nascita di Lanciano; mentre il tasso di abbandono del corso (indipendentemente dalla sede scelta per il parto), determinato da una partecipazione ad un numero di incontri inferiore a 5 e a un solo caso di morte endouterina fetale, è stato del 15.8% (n=61), diversamente distribuito negli anni considerati (20.8% nel 2008; 15.8% nel 2009; 14.2% nel 2010 e 12.4% nel 2011). La frequenza di partecipazione, al contrario, ha seguito un trend in progressivo au-

mento (Fig. 1 pag.14), ad eccezione dell'anno 2010, in cui si è assistito ad una lieve inflazione.

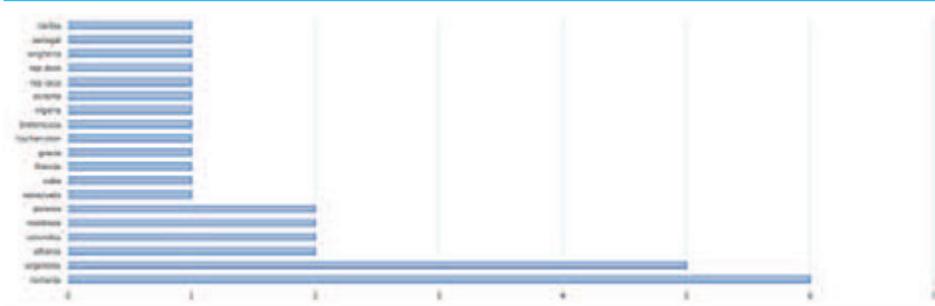
Caratteristiche socio-demografiche

L'analisi dei dati forniti dai CeDAP aziendali evidenzia che le donne iscritte al Corso di Accompagnamento alla Nascita hanno un'età media di 33.2 anni (DS 4.95), nel 92.4% dei casi si tratta di donne italiane, sono coniugate nell' 86.4% dei casi, nubili nell'11.1%, separate o divorziate nel 2.5% dei casi e in nessun caso sono vedove. Per quanto riguarda il livello di scolarità, il 30.7% è in possesso di laurea, il 57.7% ha conseguito il diploma di scuola media superiore e il restante 11.4% è in possesso del diploma di scuola media inferiore o licenza elementare. Il livello di occupazione delle donne gravide raggiunge il 76.8%; il 18.7% ha dichiarato di essere casalinga; il 2.6% di essere disoccupata o in cerca di prima occupazione e il restante 1.9% di essere studente (Fig. 2 Tab.4 pag.15).

Le gestanti italiane che hanno seguito il corso per più di 5 incontri rappresentano il 92.4% (Fig. 2) del campione (n=368). Hanno un'età media pari a 33.5 anni; sono coniugate nell'87.4% dei casi, nubili nel 10.6% e separate nel 2%. Risultano occupate nel 77.4% dei casi; casalinghe nel 18.4%; disoccupate o in cerca di prima occupazione nel 2.1% e infine nel 2.1% dei casi risultano studenti. Il livello di scolarità è in prevalenza medio-alta, infatti il 56.7% ha conseguito il diploma di scuola media superiore; il 31.7% è in possesso di laurea e solo l'11.6% possiede un diploma di scuola media inferiore o licenza elementare (Tab.5 pag.15).

Le donne immigrate rappresentano il 7.6% delle madri (n=30); la figura 3 (Fig 3 pag. 16) mostra i paesi rappresentati: le rumene sono il gruppo più numeroso (18.8%) seguito dalle argentine (15.6%); albanesi, colombiane, moldave, polacche rappresentano il 6.3%; le altre nazionalità (Venezuela, Serbia, Senegal, Ungheria, Ucraina, Nigeria, Bielorussia, Cuba, Grecia, Francia, Kazakistan, Repubblica Ceca e Repubblica Dominicana) costituiscono ciascuna il 3.1% di tutte le donne immigrate. Hanno un'età media pari a

Figura 3 - Donne Immigrate: Cittadinanze rappresentate



32.6 anni, sono coniugate nel 72.7% dei casi, nubili nel 18.2% e separate e/o divorziate nel 9.1% dei casi. Per il livello di occupazione, il 68.2% di esse risulta occupato; dichiarano di essere casalinghe il 22.7%, mentre risultano disoccupate o in cerca di prima occupazione il 9.1%. Il livello di scolarità in prevalenza medio-alto, è caratterizzato dal 72.7% delle donne che ha conseguito un diploma di scuola media superiore; il 18.2% è in possesso di laurea e solo il 9.1% ha un diploma di scuola media inferiore o licenza elementare (Tab. 5 pag.16).

Analizzando lo stato civile delle donne gravide con la condizione professionale, si evince che la condizione di coniugata è prevalente nelle donne casalinghe (88.1%) e disoccupate (87.5%), le donne sposate e con occupazione rappresentano l'87.1%, mentre nelle studentesse prevale la condizione di nubile (66.7%) (Tab. 6 pag.16).

Caratteristiche Ostetriche

L'81.6% delle donne ha partorito tra la 37a e la 41a settimana di età gestazionale (gravidenza a termine); il 3.5% ha partorito prima della 37a settimana (gravidenza pretermine) ed infine il 14.9% ha partorito dopo la 41a settimana (gravidenza post-termine). Quasi la totalità delle gravidanze ha avuto un decorso regolare (96.2%); il 3.8% invece un decorso patologico, di queste nessuna è stata caratterizzata da un parto pretermine.

Per quanto concerne l'assistenza in gravidanza, l'assoluta prevalenza delle donne (91.3%) è stata seguita da un ginecologo (in attività intra/extramoenia); l'8.7% ha usufruito del consultorio familiare o di ambulatori pubblici e in nessun caso si è registrata l'assistenza da parte delle ostetriche.

L'anamnesi ostetrica evidenzia che l'84.4% delle gestanti affronta la sua prima gravidanza, il 10.8% ha già un figlio e il 4.4% ha nella sua storia ostetrica due o più gravidanze. La maggior parte delle madri che hanno già uno o più di un figlio hanno partorito naturalmente (66.7%) (Tab. 7 pag.16). Per quanto riguarda l'evento parto (Tab. 8 pag.17), il 92.2% delle donne iscritte al corso ha deciso di partorire presso il Pun-

Tabella 5 - Caratteristiche socio-demografiche del campione per cittadinanza

| Caratteristiche | Italiane | | Immigrate | |
|-----------------------------------|---------------------|------|----------------------|------|
| | N(=368) | % | N(=30) | % |
| Età (±DS; media; range) | (±4.7; 33.5; 19-44) | | (±4.68; 32.6; 20-44) | |
| Stato Civile | | | | |
| coniugata | 321 | 87.4 | 22 | 72.7 |
| nubile | 39 | 10.6 | 5 | 18.2 |
| separata/divorziata | 8 | 2 | 3 | 9.1 |
| vedova | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Istruzione | | | | |
| laurea-laurea breve | 117 | 31.7 | 5 | 18.2 |
| scuola media superiore | 208 | 56.7 | 22 | 72.7 |
| scuola media inf-lic elem | 73 | 11.6 | 3 | 9.1 |
| Condizione Professionale | | | | |
| occupata | 284 | 77.4 | 20 | 68.2 |
| casalinga | 68 | 18.4 | 7 | 22.7 |
| disoccupata | 8 | 2.1 | 3 | 9.1 |
| studente | 8 | 2.1 | 0 | 0 |

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Tabella 6 - Gestanti per Stato Civile e Condizione Professionale

| Stato Civile | Condizione Professionale della Gestante | | | | | | | |
|---------------------|---|------------|-------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|
| | Occupata | | Disoccupata | | casalinga | | Studentessa | |
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Nubile | 31 | 10.3 | 1 | 12.5 | 6 | 8.5 | 5 | 66.7 |
| Coniugata | 265 | 87.1 | 10 | 87.5 | 69 | 88.1 | 3 | 33.3 |
| separata/divorziata | 8 | 2.6 | 0 | 0 | 3 | 3.4 | 0 | 0 |
| Vedova | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totale | 304 | 100 | 11 | 100 | 75 | 100 | 8 | 100 |

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Tabella 7 - Caratteristiche ostetriche del campione

| Caratteristiche | N(=398) | % |
|---------------------------------|---------|------|
| Durata della Gravidanza | | |
| <37 ws | 14 | 3.5 |
| ≥37 ws e <41 ws | 325 | 81.6 |
| ≥41ws | 59 | 14.9 |
| Decorso Gravidanza | | |
| fisiologico | 383 | 96.2 |
| patologico | 15 | 3.8 |
| Assistenza in Gravidanza | | |
| ginecologo(intra/extramoenia) | 363 | 91.3 |
| consultorio/ambulatorio pubb. | 35 | 8.7 |
| ostetrica | 0 | 0 |
| Parità* | | |
| nullipara | 337 | 84.8 |
| primipara | 43 | 18 |
| pluripara | 18 | 4.4 |
| Progresso TC** | | |
| no | 41 | 66.7 |
| sì | 20 | 33.3 |

*la parità non tiene conto della modalità di espletamento del parto

**il dato è stato calcolato su primipare e pluripare

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

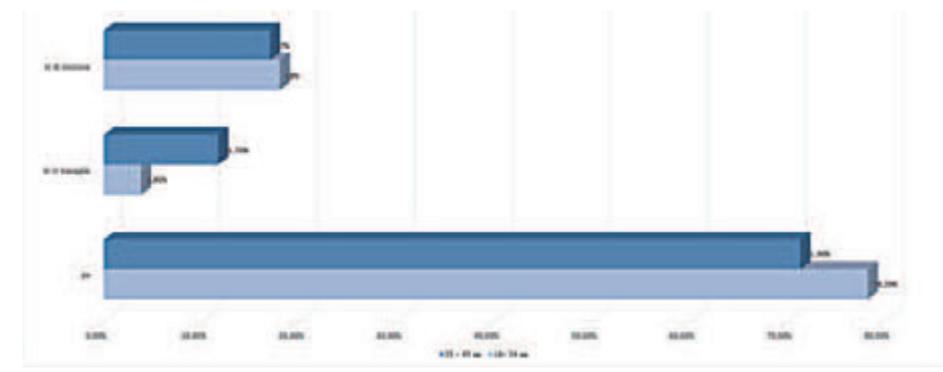
Tabella 8 - Caratteristiche dell'evento Parto

| Caratteristiche | N(=398) | % |
|--|---------|------|
| Luogo del Parto | | |
| Lanciano | 398 | 92.2 |
| Modalità del Travaglio* | | |
| Spontaneo | 286 | 90.1 |
| Indotto | 32 | 9.9 |
| Genere del parto | | |
| Semplice | 393 | 98.7 |
| Plurimo | 5 | 1.3 |
| Presentazione del neonato | | |
| Vertice | 383 | 96.2 |
| podice | 14 | 3.5 |
| altro | 1 | 0.3 |
| Modalità del Parto | | |
| parto spontaneo | 298 | 74.8 |
| taglio cesareo | 100 | 25.2 |
| Presenza di una persona in S. Parto** | | |
| Nessuno | 53 | 17.8 |
| partner | 237 | 79.5 |
| altro familiare | 3 | 0.9 |
| persona di fiducia | 5 | 1.8 |

*dato calcolabile sul numero dei parti escludendo i TC di elezione

**dato calcolabile solo sui parti spontanei

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Figura 4 - Tasso di prevalenza del taglio cesareo e del parto per via vaginale**Figura 5 - Parti per modalità di espletamento e classi di età materna**

to Nascita di Lanciano. Il 90.1% dei parti (escludendo quelli effettuati attraverso il taglio cesareo di elezione), avvengono con travaglio spontaneo; il 9.9% con travaglio indotto; 8 volte su 10 per l'induzione viene utilizzato il metodo farmacologico, rispetto alla pratica dell'amnioressi (rottura artificiale delle membrane).

Nel campione considerato i parti gemelari sono stati 5, pari all'1.3% del totale; si è trattato di gravidanze bigemine e nessuna di esse è risultata associata a procreazione medicalmente assistita. Nel 96.2% dei parti la presentazione del nato è stata di vertice; quella podalica si è verificata nel 3.5% dei parti; le altre presentazioni anomale (fronte, faccia, bregma, spalla) hanno avuto complessivamente una frequenza dello 0.3%. Nel quadriennio considerato il 74.8% dei parti è avvenuto spontaneamente (dei quali il 2.3% è stato espletato attraverso la modalità operativa, forcipe o ventosa); il 25.2% è avvenuto mediante TC (Fig. 4 pag.17).

La scheda CeDAP scompone l'informazione sul taglio cesareo nelle tipologie: TC di elezione e TC in travaglio; queste possono essere considerate rispettivamente come TC programmato e TC urgente (nei TC in travaglio sono inclusi anche i TC di elezione con travaglio anticipato). Il 64.3% dei tagli cesarei è avvenuto in elezione mentre il 35.8% in corso di travaglio; dei tagli cesarei programmati, il 79.4% è stato effettuato su nullipare; il restante 21.6% rappresenta il tasso di taglio cesareo effettuato su pluripare già sottoposte a TC. Il ricorso al taglio cesareo di elezione aumenta con l'aumentare dell'età della donna (77% nelle donne di età superiore o uguale a 35 anni; 57% nelle donne di età inferiore a 35 anni). In generale il ricorso al taglio cesareo si è evidenziato più diffuso nelle donne di età inferiore a 35 anni (28.7%) rispetto alla categoria delle over-35 che hanno registrato una frequenza del 21.8% (Fig. 5 pag.17).

In circa 8 parti su 10 (escludendo i parti che avvengono con taglio cesareo) la donna ha avuto vicino a sé nel momento del parto una persona di sua fiducia; questa nel 79.5% dei casi è stata il padre del bambino, nell'1.8% dei parti si è trattato di una

persona di fiducia della donna e solo nello 0.9% dei casi è stato presente un altro familiare (Tab. 8 pag.17).

Negli anni considerati, il 52.1% dei neonati ha genitali esterni maschili e il 47.9% ha genitali esterni femminili; in nessun caso i genitali sono indeterminati (Tab. 9 pag.18). Il peso medio alla nascita è di 3661 grammi (3691 grammi per i maschi e 3559 grammi per le femmine). Il 42.9% dei neonati ha un peso compreso tra i 3300 grammi e i 3999 grammi; per i bambini nati con peso superiore o uguale a 4000 grammi la frequenza è dell'8.6%; il 44.4% ha un peso compreso tra i 2500 grammi e 3299 grammi; infine il range compreso tra 1500 grammi e 2499 grammi costituisce il 4.1%. A quest'ultima categoria appartiene il tasso di natimortalità pari al 2.8 per mille.

Il 99.1% dei neonati ha un punteggio di Apgar al quinto minuto (5') tra 8 e 10 e quindi normale; lo 0.6% un punteggio di modesta sofferenza (Apgar da 4 a 7) e allo 0.3% è stato assegnato un punteggio di importante sofferenza (Apgar ≤ 3 che significa scarsa attività respiratoria, cianosi, ipotonia e reattività quasi assente). Sono state effettuate attività rianimatorie in tutti i casi di Apgar < 7 e in un solo caso con Apgar al 5' > 8 (Tab. 9).

Partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita e modalità del parto

L'analisi statistica dei dati ha messo in risalto che il tasso di prevalenza di TC del nostro campione, stratificato per anno, mostra un progressivo aumento dal 2008 al 2011 (Tab. 10 pag.18), anno in cui si assiste ad un importante incremento (32.4%). La prevalenza del ricorso al taglio cesareo appare significativamente più bassa sia di quella rilevato a livello regionale sia di quella rilevata a livello territoriale (Presidio Ospedaliero di Lanciano) (Tab. 11 pag.18); fenomeno che si verifica nei vari anni considerati ad eccezione dell'anno 2011 dove non si evincono valori statisticamente significativi. La partecipazione al corso di accompagnamento alla nascita ha ridotto in maniera significativa il ricorso al taglio cesareo del 16% rispetto al valore territoriale ($\chi^2=4.088$;

Tabella 9 - Caratteristiche delle nuove nascite

| Caratteristiche | N(=398) | % |
|-------------------------------|---------|-------|
| Genere dei Nati | | |
| maschile | 207 | 52.1 |
| femminile | 191 | 47.9 |
| Peso alla Nascita | | |
| 1500-2499(gr) | 16 | 4.1 |
| 2500-3299(gr) | 177 | 44.4 |
| 3300-3999(gr) | 171 | 42.9 |
| ≥ 4000 (gr) | 34 | 8.6 |
| Natimortalità | | |
| nati vivi | 397 | 99.72 |
| nati morti | 1 | 0.28 |
| Punteggio Apgar a 5' | | |
| 8-10 | 394 | 99.1 |
| 4-7 | 3 | 0.6 |
| < 4 | 1 | 0.3 |
| Rianimazione Neonatale | | |
| no | 394 | 99.3 |
| si | 4 | 0.7 |

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Tabella 10 - Modalità di espletamento del parto per frequenza d'iscrizione al Corso di Accompagnamento alla Nascita per anno

| Corso di accompagnamento alla nascita | Corso di Accompagnamento alla Nascita | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------|----------------|-------------|
| | parto spontaneo | | taglio cesareo | |
| | N | % | N | % |
| 2008 (n=24) | 20 | 79.2 | 4 | 16.6 |
| 2009 (n=118) | 94 | 77.7 | 24 | 19.9 |
| 2010 (n=105) | 82 | 75.3 | 23 | 21.9 |
| 2011 (n=151) | 102 | 64.3 | 49 | 32.4 |
| totale (n=398) | 298 | 74.8 | 100 | 25.2 |

Fonti: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Tabella 11 - Analisi dell'associazione tra prevalenza taglio cesareo nel campione di studio e prevalenza taglio cesareo nel P.O. di Lanciano e nella Regione Abruzzo

| Corso di accompagnamento alla nascita | Incidenza Taglio Cesareo | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|------|------------------------|------|-----------------|---------|---|------|----------|---------|---|
| | campione di studio | | punto nascita Lanciano | | Regione Abruzzo | | | | | | |
| | N | % | N | % | χ^2 | p-value | N | % | χ^2 | p-value | |
| Regioni | | | | | | | | | | | |
| 2008 | 4 | 16.6 | 328 | 33 | 4.088 | 0.043 | - | 43.5 | 9.247 | 0.002 | |
| 2009 | 24 | 19.9 | 335 | 36 | 3.919 | 0.047 | - | 42.3 | 5.308 | 0.021 | |
| 2010 | 23 | 21.9 | 357 | 40 | 3.954 | 0.046 | - | 44.8 | 5.903 | 0.015 | |
| 2011 | 49 | 32.4 | 367 | 41.2 | 0.586 | 0.443 | - | - | - | - | - |

Fonti: elaborazione Agenas su dati SDO; Asr Abruzzo; CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

Tabella 12 - Stima del rischio di effettuare il parto mediante taglio cesareo

| Caratteristiche | Parto con Taglio Cesareo | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|------|-------|-----------|---------|
| | N° | % | O.R. | (I.C.95%) | p-value |
| Cittadinanza | | | | | |
| italiane | 85 | 29.7 | 29.7 | 0.1-0.7 | |
| immigrate | 15 | 50.1 | 3.329 | 1.4-7.5 | 0.003 |
| Istruzione | | | | | |
| *medio-alta | 90 | 35.3 | 1.198 | 0.5-2.7 | |
| **medio-bassa | 10 | 26.8 | 0.835 | 0.4-1.8 | 0.718 |
| Classi di età | | | | | |
| < 35 anni | 34 | 28.7 | 1.699 | 1.0-2.8 | |
| ≥ 35 | 66 | 21.2 | 0.589 | 0.3-0.9 | 0.030 |
| Condizione Professionale | | | | | |
| occupata | 80 | 27.8 | 1.815 | 1.1-3.2 | 0.040 |
| casalinga | 17 | 25.7 | 0.992 | 0.5-1.8 | 1.000 |
| ***non-occupata | 3 | 36.3 | 1.838 | 0.3-9.1 | 0.417 |
| Durata della Gravidanza | | | | | |
| < 37 ws | 8 | 8.4 | 4.232 | 1.3-14.1 | 0.009 |
| ≥ 41 ws | 19 | 18.9 | 1.513 | 0.8-2.8 | 0.194 |
| Parità | | | | | |
| Nullipara | 84 | 33.2 | 0.934 | 0.4-1.8 | |
| Pluripara | 16 | 26.2 | 1.071 | 0.5-2.0 | 0.873 |

*diploma di scuola media-superiore/laurea;

**diploma di scuola media inferiore/licenza elementare

***disoccupata, in cerca di prima occupazione, studente

Tabella 13 - Punteggio di Apgar a 5' per modalità di parto

| Punteggio di Apgar a 5' | Modalità del Parto | | | | χ^2 | p-value |
|-------------------------|--------------------|------|----------------|------|----------|---------|
| | parto spontaneo | | taglio cesareo | | | |
| | N | % | N | % | | |
| 8-10 | 272 | 91.4 | 84 | 83.7 | 3.463 | 0.062 |
| 4-7 | 23 | 7.8 | 14 | 14.7 | 2.799 | 0.094 |
| <4 | 3 | 0.8 | 2 | 1.6 | 0.064 | 0.802 |

Fonte: CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

g.l.=1; $p<0.05$) e del 26% rispetto a quello complessivo della Regione Abruzzo per l'anno 2008 ($\chi^2= 9.247$; g.l.=1; $p<0.05$); del 16% ($\chi^2= 3.919$; g.l.=1; $p<0.05$) e del 22% per l'anno 2009 ($\chi^2= 5.308$; g.l.=1; $p<0.05$); del 18% ($\chi^2= 3.954$; g.l.=1; $p<0.05$) e del 22% per l'anno 2010 ($\chi^2= 5.903$; g.l.=1; $p<0.05$). Per il 2011 i dati non mostrano una riduzione significativa del tasso di TC rispetto al contesto locale ($\chi^2= 0.586$; g.l.=1; $p>0.05$); mentre per quanto riguarda l'associazione con il tasso regionale, il valore non può essere calcolato, poiché il dato non è stato ancora completamente elaborato dall'Agenzia Sanitaria Regionale, per cui non disponibile.

Caratteristiche socio-demografiche e ostetriche e modalità del parto

L'analisi univariata evidenzia che la probabilità di effettuare un TC è significativamente più alta (Tab. 12 pag.18):

- nelle donne immigrate rispetto alle italiane (50.1% vs. il 29.7%; O.R. 3.329; IC 95% 1.4-7.5);
- nelle donne con occupazione (O.R. 1.815; IC 95% 1.1-3.2);
- nelle donne di età inferiore a 35 anni (28.7% vs. il 21.2%; O.R. 1.699; IC 95% 1.0-2.8);
- nelle gravide con età gestazionale inferiore alle 37 settimane (O.R. 4.232; IC 95% 1.3-14.1).

Al contrario, hanno minore probabilità di andare incontro a un taglio cesareo:

- le donne italiane (O.R. 0.300; IC 95% 0.1-0.7);
- le donne di età superiore o uguale a 35 anni (O.R. 0.589; IC 95% 0.3-0.9).

Il grado d'istruzione e la parità non sembrano avere alcun effetto sul tipo di parto, infatti tali variabili presentano valori statisticamente non significativi.

Modalità del Parto ed Esiti Neonatali

Dall'analisi sugli esiti neonatali (Tab. 13 pag.19), rappresentati dal punteggio di Apgar a cinque minuti dalla nascita, emerge che la modalità di espletamento del parto, nel nostro campione, non incide significativamente sul grado di benessere neonatale al momento del parto.

DISCUSSIONE

Il nostro campione rientra, per caratteristiche socio-demografiche ed ostetriche, nella tipologia di donne che in Italia accedono ai corsi di accompagnamento alla nascita [26]. Si tratta, infatti, soprattutto di donne di trenta o più anni (età media di 33.2 anni), italiane (92.4%), coniugate (86.4%), occupate (76.8%), con livelli di istruzione medio alti (88.6%), nullipare (84.8%) e con decorso fisiologico della gravidanza (96.2%). Tali caratteristiche, ad eccezione dell'età, sono tutte indicative di basso rischio ostetrico. Come in altri studi e indagini epidemiologiche nazionali, anche nella nostra ricerca, il ricorso al TC (25.2%) apparentemente non sembra giustificato dalla presenza di fattori clinici di rischio; infatti, il Rapporto Europeo sulla salute perinatale asserisce che "non vi è alcuna giustificazione che il tasso di cesarei, nei diversi Paesi, sia più elevato del 10-15%, in condizioni di fisiologia" [6]. Il nostro risultato andrebbe a confermare la medicalizzazione dell'evento nascita che contraddistingue attualmente il nostro paese, dove il TC viene programmato quasi sempre in assenza di condizioni cliniche e di urgenza. L'analisi dei dati mostra che nel gruppo di gestanti oggetto di studio si è registrato un tasso di prevalenza del TC del 25.2%; tasso nettamente inferiore alle medie locali (40%), regionali (44%) e nazionali (38.4%). Il 64.3% dei TC è avvenuto in elezione mentre il 35.8% in corso di travaglio; dei TC programmati, il 79.4% è stato effettuato su nullipare; il restante 21.6% rappresenta il tasso di cesarei effettuato su pluripare già sottoposte a TC. Quest'ultimo valore (tasso di "TC ripetuto") rappresenta un risultato interessante, soprattutto se confrontato con il valore rilevato a livello nazionale (94,2%), anche se tale dato necessita di ulteriori valutazioni che ne chiariscano la causa; per contro, l'incidenza elevata dei TC elettivi nelle nullipare (79.4%) è indice di una situazione critica, in linea, del resto, con l'andamento regionale (40.1%) [46].

È apparso chiaro dall'analisi che il ricorso al TC di elezione aumenta con l'aumentare dell'età della donna (77% nelle

donne di età superiore o uguale a 35 anni; 57% nelle donne di età inferiore a 35 anni); al contrario, l'età materna superiore o uguale a 35 anni rappresenterebbe secondo il presente lavoro un fattore protettivo all'effettuazione del cesareo (O.R. 0.589; IC 95% 0.3-0.9). La valutazione dei fattori di rischio ha evidenziato che essere di nazionalità straniera (50.1% vs. il 29.7%; O.R. 3.329; IC 95% 1.4-7.5), avere meno di 35 anni (28.7% vs. il 21.2%; O.R. 1.699; IC 95% 1.0-2.8), avere un'occupazione (O.R. 1.815; IC 95% 1.1-3.2) e partorire ad un'epoca di gestazione inferiore alle 37 settimane (O.R. 4.232; IC 95% 1.3-14.1) aumenterebbe la probabilità per una donna di essere sottoposta ad un cesareo. Per quanto riguarda l'assistenza in gravidanza, le donne del nostro campione sono state prevalentemente seguite da un ginecologo in attività in intramoenia e/o extramoenia (91.3%); l'8.7% ha usufruito dell'ambulatorio pubblico e nessuna donna è stata assistita durante la gravidanza dall'ostetrica malgrado questa figura abbia la competenza giuridica e la preparazione professionale per farlo. Grandolfo e collaboratori nel 2005 [44], attraverso un'indagine epidemiologica, hanno dimostrato che la partecipazione ad un corso di accompagnamento alla nascita, il partorire in strutture pubbliche e l'essere assistita dal consultorio familiare o da un'ostetrica costituirebbero fattori protettivi per il ricorso al TC.

In relazione ai Corsi di Accompagnamento alla Nascita effettuati presso il Consultorio Familiare di Lanciano, le iscrizioni e la frequenza di partecipazione hanno mostrato un aumento progressivo nel corso degli anni 2008-2009-2010-2011; la maggior parte delle donne (92.2%) ha scelto come luogo per il parto il Presidio Ospedaliero di Lanciano; mentre il 15.8% rappresenta il tasso di abbandono del corso, che nel nostro studio indica una partecipazione ad un numero di incontri inferiore a cinque.

Dai risultati fin qui presentati sembra emergere con forza un effetto positivo dei corsi di accompagnamento alla nascita rispetto all'esito considerato (modalità spontanea di espletamento del parto); aver

Tabella 14 - Punteggio di Apgar a 5' nei paesi europei e in Abruzzo

| Punteggio di Apgar a 5' | 1-3 | 4-6 |
|-------------------------|------|------|
| ASL 2 L.V.C. | 0.3% | 0.6% |
| Abruzzo | 0.2% | 0.6% |
| Danimarca | 0.2% | 0.5% |
| Germania | 0.3% | 0.7% |
| Francia | 0.2% | 0.5% |
| Olanda | 0.3% | 1.0% |
| Svezia | 0.2% | 0.9% |
| Scozia | 0.7% | 1.1% |

Fonti: Euro-Peristat P. 2004; Asr Abruzzo; CeDAP ASL 2 Lanciano-Vasto-Chieti

frequentato il corso si è rivelato efficace nel ridurre il ricorso al cesareo rispetto a quanto riscontrato a livello territoriale e regionale (nel quadriennio 2008-2011) e questo assume, in un paese come il nostro dove il "fenomeno cesareo" ha da anni dimensioni allarmanti, una rilevanza considerevole. Dimostra che un modello di assistenza multidisciplinare integrata e standardizzata può accrescere la consapevolezza decisionale delle donne sul tipo di parto da affrontare e aiutarle a contrastare la tendenza diffusa dei ginecologi a consigliare o programmare un TC più per supplire a carenze organizzative e strutturali che per motivazioni cliniche.

Il corso di accompagnamento alla nascita organizzato nella ASL 2 di Lanciano-Vasto-Chieti appare in linea con gli obiettivi dell'Accordo Stato-Regioni del 16-12-2010 di umanizzazione dell'evento nascita, di riduzione del ricorso al TC e di sostegno dell'allattamento al seno per il perseguimento della tutela della gravidanza, del parto fisiologico e della salute della donna in generale.

Una seconda considerazione riguarda gli esiti neonatali a cinque minuti dalla nascita in funzione del tipo di parto, non sono emersi valori statisticamente significativi; ovvero non si è riusciti a dimostrare che l'outcome neonatale (espresso attraverso il punteggio di Apgar a 5') migliori o peggiori per effetto del tipo di parto. Allo scopo di valutare la prevalenza dei diversi indici di benessere neonatale con altre realtà, si è voluto confrontare i dati ottenuti con quelli registrati in altri paesi europei [6]; dal raffronto è emerso che (Tab. 14 pag.20):

- la frequenza di una modesta sofferenza neonatale (punteggio 4-6) è analoga o minore a quella osservata nelle altre realtà;
- la frequenza di un punteggio di Apgar 1-3, indicativo di importante sofferenza neonatale è uguale o lievemente superiore, in alcuni casi, rispetto ai dati europei.

LIMITI

Il presente studio mostra alcuni limiti metodologici. Una prima classe di limiti riguarda il campione che è poco numeroso ed è rappresentativo di un sottogrup-

po di donne probabilmente già orientate verso il parto naturale. L'esito considerato (riduzione del ricorso al TC nel campione) potrebbe essere stato condizionato da pratiche e atteggiamenti consolidati a priori e non solo da comportamenti indotti dal corso.

La seconda categoria di limiti è inerente alla rilevazione dei dati: essi sono stati acquisiti dai certificati di assistenza al parto, dunque è possibile che si siano verificate delle inadempienze nella corretta compilazione degli stessi che abbiano prodotto dei dati non veritieri o un'inadeguata documentazione.

Relativamente al terzo genere di errore, esso è legato alla presenza, nel campione considerato, di donne preventivamente candidate ad un taglio cesareo (TC pro-

grammato) e quindi nonostante abbiano partecipato ad un percorso educativo di assistenza prenatale, probabilmente per le donne non è stato possibile mettere in atto le competenze acquisite.

CONCLUSIONI

In Italia, fino ad oggi sono state condotte poche indagini volte a valutare il tipo di assistenza alle donne in gravidanza e durante il parto, sia in termini quantitativi che qualitativi. Le attuali informazioni disponibili a livello nazionale riguardano alcuni aspetti demografici ed epidemiologici, desumibili dalle statistiche correnti e dai pochi studi effettuati. Tra gli aspetti maggiormente caratteristici della realtà

bibliografia

1. Torloni, M.R., Betran, A.P., Souza, J.P., Widmer, M., Allen, T., Gulmezoglu, M. & Merialdi, M. (2011) 'Classifications for cesarean section: a systematic review', Public Library of Science One, vol. 6, no. 1, pp. e14566
2. Belizán, J.M., Althabe, F. & Cafferata, M.L. (2007) 'Health consequences of the increasing caesarean section rates', Epidemiology, vol. 18, no. 4, pp. 485-486
3. Betrán, A.P., Merialdi, M., Lauer, J.A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P. & Wagner, M. (2007) 'Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates.', Pediatric and Perinatal Epidemiology, vol. 21, no. 2, pp. 98-113
4. Villar, J., Valladares, E., Wojdyla, D., Zavaleta, N., Carroli, G., Velazco, A., Shah, A., Campodónico, L., Bataglia, V., Faundes, A., Langer, A., Narváez, A., Donner, A., Romero, M., Reynoso, S., de Pádua, K.S., Giordano, D., Kublickas, M., Acosta, A. & WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. (2006) 'Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America.', Lancet, vol. 367, no. 9525, pp. 1819-1829
5. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica (2008) 'Analisi dell'evento Nascita: anno 2008', Dati CeDAP 2008
6. Euro-Peristat Project, with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT, (2008), European Perinatal Health Report. Data from 2004
7. Accordo della Conferenza Unificata Stato-Regioni, 'Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo', Rep. Atti n. 137/CU del 16 dicembre 2011, visitato il 30 novembre (2011) <<http://www.statoregioni.it/detttaglioDoc.asp?idprov=9075&iddoc=30072&tipodoc=2&CON=UNI>>
8. Gordon, D., Milberg, J., Daling, J. & Hickok, D., (1991) 'Advanced maternal age as a risk factor for cesarean delivery', Obstetric and Gynecology, vol. 77, no. 4, pp. 493-497
9. Scoscia, M., Vimercati, A., Cito, L., Chironna, E., Scattarella, D. & Selvaggi, L.E. (2008) 'Social determinants of the increasing caesarean section rate in Italy', Minerva ginecologica, vol. 60, no. 2, pp. 115-120
10. Istituto Nazionale di Statistica (2007) 'Gravidanza, parto, allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso

italiana, vi sono l'elevato numero di tagli cesarei, il forte ricorso all'assistenza privata, la progressiva medicalizzazione dell'evento nascita e l'estrema parcellizzazione dei punti nascita [26].

All'interno di questo quadro si collocano i corsi di accompagnamento alla nascita, come straordinaria opportunità di formazione educativa che fa parte dell'assistenza prenatale.

Dai risultati della presente ricerca sembra che i corsi di accompagnamento alla nascita, determinando un maggiore empowerment delle donne, possano costituire un argine a questo processo di medicalizzazione dell'esperienza della maternità. Infatti, una donna informata, capace di scegliere, potenziata dalla consapevolezza delle sue competenze, è una donna che incorre meno in interventi ostetrici, ha me-

no bisogno di assistenza sanitaria, costata meno allo Stato e alla comunità ma, soprattutto, è una donna più soddisfatta della sua esperienza di maternità.

Le indagini dell'Istituto Superiore della Sanità [51-53] dimostrano che quando la nascita è presa in carico, in tutto o in parte, dai consultori familiari pubblici e dalle ostetriche, si ha la maggiore esposizione alle pratiche raccomandate dalle conoscenze scientifiche disponibili e dalle norme attualmente vigenti. Si ha anche una minore esposizione a quelle non raccomandate. L'ostetrica ha le competenze, riconosciute dalle norme; agisce in completa autonomia, essendo sua competenza professionale riconoscere la condizione di rischio e in tal caso richiedere l'intervento dell'esperto di patologia, ma seguitando ad operare per assicurare lo svi-

luppo e la valorizzazione della competenza della donna e della persona che nasce. Non c'è nessuna giustificazione giuridica che impedisca che le ostetriche possano prescrivere (analisi e farmaci, secondo protocolli specifici) quanto è necessario per il follow-up di una gravidanza, di un parto e di un puerperio fisiologici.

In sintesi, la medicalizzazione non è solo l'espressione di una indebita espansione di un mercato che specula sulla salute, quanto piuttosto un tentativo subdolo di espropriazione della persona della capacità di controllo sul proprio stato di salute. Solo in questa luce può divenire comprensibile che si accetti di esporsi a pratiche inutili e dannose come è il taglio cesareo, quando non sono date le condizioni che lo rendano necessario (non più del 10-15% dei parti, nel qual caso è salvavita).

- ai servizi sanitari' Anni 2006-2007, ISTAT, Roma.
- 11.** Porreco, P.R. (1985) 'High cesarean section rate: a new perspective', *Obstetrics and gynecology*, vol. 65, no. 3, pp. 307-311
- 12.** Hurst, M. & Summey, P.S. (1984) 'Childbirth and social class: the case of cesarean delivery' *Social science & medicine*, vol. 18, no. 8, pp. 621-631
- 13.** Donati, S, Senatore, S. & Ronconi, A. (2011) 'Maternal mortality in Italy: a record-linkage study', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 118, no. 7, pp. 872-879
- 14.** Maneschi, F., Sarno, M., Vicaro, V., Pane, C., Ceccacci, I., & Simeone A. (2009) 'Analisi della frequenza di taglio cesareo secondo le classi di rischio clinico', *Rivista di Ostetricia e Ginecologia*, vol. 3, no. 21, pp. 13-18
- 15.** Lydon-Rochelle, M., Holt, V.L., & Easterling, T.R. (2001) 'Caesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington state, 1987-1996.', *Obstetrics and Gynecology*, vol. 97, no. 2, pp. 169-174
- 16.** Koroukian, S.M. (2004) 'Relative risk of postpartum complications in the Ohio medical population: vaginal versus caesarean delivery', *Medical Care Research and Review*, vol. 61, no. 2, pp. 203-224
- 17.** Baker, E.R. & Dalton, M.E. (1994) 'Caesarean section birth and cesarean hysterectomy.' *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 37, no. 4, pp. 806-815
- 18.** Anderson, G.M. & Lomas, J. (2010) 'Determinants of the increasing caesarean section birth rate.' *New England Journal of Medicine*, vol. 311, no. 14, pp. 887-892
- 19.** Capunzo, M. & Cavallo, P. (1995) 'Mortalità perinatale: differenze tra nord e sud', *Quaderni Dipartimento Scienze dell'Educazione. Università Salerno*; vol. 2, no. 1, pp. 49-56
- 20.** Stanton, C. & Ronsmans, C. (2008) 'Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries.' *Birth*, vol. 35, no. 3, pp. 204-211
- 21.** Robson, M.S. (2001) 'Classification of caesarean sections. Fetal and maternal review', vol. 12, no. 1, pp. 23-39
- 22.** Gregory, K.D., Henry, O.A., Gellens, A.J., Hobel, C.J. & Platt, L.D. (1994) 'Repeat cesareans: how many are elective?', *Obstetrics and Gynecology*, vol. 84, no. 4, pp. 574-578
- 23.** Fiorino, F., Guelli-Alletti, S., Bono, C., Faraci, C., Incandela, D., Puglisi, G., D'Auria, M., & Radosti, S. (2007) 'Indicazioni al parto cesareo in un campione di 500 parti consecutivi', *Acta Chirurgica Mediterranea*, vol. 23, no. 2, pp. 31-37.
- 24.** Devendra, K. & Arulkumar, S. (2003) 'Should doctor perform an elective caesarean section on request?' *Annals Academy of Medicine of Singapore*, vol. 32, no. 5, pp. 577-582
- 25.** Arsieri, R., Esposito, D., Pugliese, A., Saporito, M. & Triassi, M. (2010), *Rapporto sulla Natalità in Campania 2008*, Napoli, Aprile 2010
- 26.** Donati, S., Spinelli, A., Grandolfo, M.E., Baglio, G., Andreozzi, S. & Pediconi, M. (1999) 'L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia', *Annali Istituto Superiore di Sanità*, vol. 35, no. 2, pp. 289-296
- 27.** Latham, S.R. & Norwitz, E.R., (2009) 'Ethics and cesarean delivery on maternal demand', *Seminars in perinatology*, vol. 33, no. 6, pp. 405-459
- 28.** Monari, F., Di Mario, S., Facchinetti, F. & Basevi, V. (2008) 'Obstetricians' and midwives' attitudes toward cesarean section', *Birth*, vol. 35, no. 2, pp. 129-135.
- 29.** Habiba, M., Kaminski, M., Da Frè, M., Marsal, K., Bleker, O. & Librero, L. (2006) 'Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries', *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 113, no. 6, pp. 647-656
- 30.** Stjernholm, Y.V., Petersson, K. & Eneroth, E. (2010) 'Changed indications for caesarean sections', *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, vol. 89, no. 1, pp. 49-53
- 31.** Tollånes, M.C. (2009) 'Increase rate of Caesarean section-causes and consequences', *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, nyrække*, vol.

- 129, no. 13, pp. 1329-1331
- 32.** Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K.A., Zanetti, R. et al. (2009a) 'Previous birth experience and birth anxiety: predictors of caesarean section on demand?', *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, vol. 30, no. 3, pp. 175-180
- 33.** Tschudin, S., Alder, J., Hendriksen, S., Bitzer, J., Popp, K.A., Zanetti, R. et al. (2009b) 'Pregnant women's perception of caesarean section on demand', *Journal of perinatal medicine*, vol. 37, no. 3, pp. 251-256
- 34.** Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P. & Sørli, T. (2008) 'Is the an association between psychological stress and request for caesarean section?', *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, vol. 128, no. 12, pp. 1388-1391
- 35.** Mancuso, A., De Vivo, A., Fanara, G., Albiero, A., Priolo, A.M., Giacobbe, A. Et al. (2008) 'Caesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience', *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 28, no. 4, pp. 382-385
- 36.** Gamble, J.A. & Creedy, D.K. (2000) 'Women's request for a caesarean section: a critique of the literature. Review.' *Birth*, vol. 27, no. 4, pp. 256-263
- 37.** Donati, S., Grandolfo, M.E. & Andreozzi, S., (2003) 'Do Italian mothers prefer caesarean delivery?', *Birth*, vol. 30, no. 2, pp. 89-93
- 38.** Benhamou, D., Tecsy, M., Parry, N., Mercier, F.J. & Burg, C. (2002) 'Audit of an early feeding program after caesarean delivery: patient wellbeing is increased', *Canadian Journal of Anaesthesia*; vol. 49, no. 8, pp. 814-819
- 39.** Wax, J.R., Cartin, A., Pinette, M.G. & Blackstone, J. (2004) 'Patient choice caesarean: an evidence-based review', *Obstetrical and Gynecological Survey*; vol. 59, no. 8, pp. 601-616
- 40.** Weaver, J.J., Statham, H. & Richards, M. (2007) 'Are there "unnecessary" caesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about caesarean section for nonclinical indications', *Birth*, vol. 34, no. 1, pp. 32-41
- 41.** Coleman, V.H., Lawrence, H. & Schulkin, J. (2009) 'Rising caesarean delivery rates: the impact of caesarean delivery on maternal request', *Obstetrical & gynaecological survey*, vol. 64, no. 2, pp. 115-119
- 42.** Osservatorio Epidemiologico – ASR Abruzzo, 'Le Nascite in Abruzzo, anni 2006-2010', visitato il 30 novembre (2011) <http://www.asrabruzzo.it/docs/R_eport_Nascite.pdf>
- 43.** Rapporto Annuale sull'attività di Ricovero Ospedaliero, (2009) 'Dati SDO 2009', visitato il 29 novembre (2011) <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1491_allegato.pdf>
- 44.** Grandolfo, M.E., Donati, S. & Giusti, A. (2005) 'Indagine conoscitiva sul percorso nascita 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali', *Atti della 12ª Commissione Permanente del Senato (Igiene e Sanità): Fenomeni di natalità, gravidanza, parto e puerperio in Italia, 2005, n. 15 marzo 2005. XIV legislatura: Senato della Repubblica*
- 45.** Baglio, G., Spinelli, A., Donati, S., Grandolfo, M.E. & Osborn, J. (2000) 'Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato', *Annali Istituto Superiore di Sanità*, vol. 36, no. 4, pp. 465-478
- 46.** Chalmers, B., Mangiaterra V. & Porter, M. (2001) 'WHO: principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course' *Birth*; vol. 28, no. 3, pp. 202-207
- 47.** National Collaborating Centre for Women's and Children's Health - UK. (2008) 'Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Guideline.' Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press, London 2008
- 48.** Mehdizadeh, A., Roosta, F., Chaichian, S. & Alaghebandan, R. (2005) 'Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn.' *American Journal of Perinatology*, vol. 22, no. 1, pp. 7-9
- 49.** Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. & Oian, P. (2006) 'Maternal request for caesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?', *Birth*; vol. 33, no. 3, pp. 221-228
- 50.** Bergström, M., Kieler, H. & Waldenström, U. (2010) 'Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth', *Acta Obstet Gynecol Scand*; vol. 89, no. 6, pp. 794-800
- 51.** Grandolfo, M.E., Lauria, L. & Lamberti, A. (2010) 'Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi', Roma: Istituto Superiore di Sanità
- 52.** Grussu, P. & Quattraro, R.M. (2009) 'Prevalence e risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian woman: a sample drawn from ante-natal classes', *European Psychiatry*, vol. 24, no. 5, pp. 327-333
- 53.** Grandolfo, M.E. (2009) 'Basi Epistemologiche ed epidemiologiche e progettazione operativa, implementazione e valutazione dei Corsi di Accompagnamento alla Nascita. Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità', visitato il 30 novembre (2011) <<http://www.careperinatologia.it/avori/L02.pdf>>

ACCOMPAGNARE UNA MAMMA IPO/NON VEDENTE NEL PERCORSO NASCITA: il Bilancio di Salute come strumento per la pianificazione ostetrica

**Daniela Acerbis
Anna Rosa Zilioli**

Università degli Studi di Milano Bicocca
A.O. Treviglio-Caravaggio
Ospedale F.M. Passi di Calcinato

NELLO STEREOTIPO COMUNE

spesso le donne con disabilità visiva vengono considerate estranee all'ambito della sessualità e ancora della genitorialità. La società le considera incapaci di occuparsi di se stesse e quindi, di conseguenza, anche degli altri.

Sono diversi i limiti che una donna non vedente che decide di diventare madre può incontrare. Sicuramente limiti fisici: rappresentati dalle barriere architettoniche o per esempio dall'impossibilità di orientarsi nell'ambiente ospedaliero. Le barriere architettoniche possono presentarsi anche a casa, quando la mamma viene dimessa con il piccolo. C'è infatti necessità di tutta una serie di adattamenti tattili per queste mamme.

La donna non o ipo vedente incontra anche diversi limiti psicologici: potrebbe infatti avere paure e tabù sul proprio corpo e riguardo la propria sessualità. Inoltre, come già detto, l'immagine collettiva è quella in cui una donna disabile non è in grado di prendersi cura di un figlio.

C'è poi il problema dell'auto-

Nello stereotipo comune spesso le donne con disabilità visiva vengono considerate estranee all'ambito della sessualità e ancora della genitorialità. La società le considera incapaci di occuparsi di se stesse e quindi, di conseguenza, anche degli altri.

Sono diversi i limiti che una donna non vedente che decide di diventare madre può incontrare: limiti fisici, psicologici, sociali e di autonomia.

Questa discriminazione genera una completa esclusione di queste donne dalle informazioni che vengono fornite dagli operatori sanitari sulla sessualità, contraccezione e gravidanza. Ciò contribuisce ad un'enorme carenza di informazioni per le donne affette da ipovisione riguardanti la funzione riproduttiva. Conoscere la disabilità è la chiave per un'assistenza ostetrica positiva e personalizzata, accompagnando la donna nel percorso nascita attraverso un modello di care gradito e concordato con la donna stessa.

Il bilancio di salute redatto per pianificare l'assistenza ostetrica alla donna ipo/non vedente in gravidanza, travaglio-parto e puerperio può essere una guida e un valido aiuto per ricordare all'ostetrica alcuni accorgimenti e pratiche che permettono di fornire un'assistenza "ad hoc" alla donna con disabilità visiva

Parole chiave: Disabilità visiva, Assistenza Ostetrica, Gravidanza, Travaglio, Puerperio

nomia: la donna non o ipo vedente nel corso della sua vita ha acquisito determinati spazi di autonomia per se stessa, cioè ha imparato a convivere con il proprio deficit. Può quindi risultare faticoso accorgersi che questa autonomia non è più valida dopo la nascita di un figlio: si tratta di

una persona completamente dipendente da altri, quindi la mamma potrebbe riscoprirsì non più autonoma in gesti che prima svolgeva indipendentemente.

Ovviamente non sono da dimenticare i limiti sociali: i familiari, ma soprattutto l'entourage non sono preparati al-

l'idea di una donna non vedente con figli, ma soprattutto il fatto che una donna non vedente desideri un figlio è considerato un po' come una follia.

Ecco che questa discriminazione genera una completa esclusione di queste donne dalle informazioni che vengono

fornite dagli operatori sanitari sulla sessualità, contraccezione e gravidanza. Ciò contribuisce ad un'enorme carenza di informazioni per le donne affette da ipovisione riguardanti la funzione riproduttiva.

In generale, mancano anche nella società immagini culturali di riferimento: non c'è l'immagine collettiva di una donna cieca con figli e, purtroppo, anche per le donne stesse mancano dei modelli di riferimento.

Se quindi è importante abbattere lo stereotipo comune che pone la donna ipovedente e il diventare madre su piani separati, è altrettanto importante però tenere conto di questa disabilità, perché richiede un'assistenza appropriata.

La comunicazione e l'assistenza fornita dall'ostetrica dovrebbe mirare all'empowerment e focalizzarsi sulle abilità di queste donne piuttosto che sulle disabilità. Una comunicazione che lascia intendere alla donna di essere incompetente la porterà a dubitare fortemente di lei.

L'informazione fornita dall'ostetrica alla donna ipo e non vedente in gravidanza è fondamentale per garantirle una gravidanza serena e un bambino sano.

LE RESPONSABILITÀ DELL'OSTETRICA

Per far sì che le donne ipovedenti possano accedere a tutti i servizi, che le loro esigenze e bisogni vengano presi in carico, le ostetriche dovrebbero conoscere le loro responsabilità, espresse nel Codice Deontologico ed essere preparate di fronte ai pregiudizi e ai punti di vista della società. È fondamentale frequentare dei

corsi di aggiornamento per incrementare le loro conoscenze e per familiarizzare con il modello sociale di disabilità; comprendere come spesso sia la società e non il singolo individuo la causa di disabilità. L'assistenza ostetrica dovrebbe essere conforme alle Linee Guida ma l'ostetrica dovrebbe imparare ad apportare gli opportuni cambiamenti e aggiustamenti all'assistenza, cercando di renderla più accessibile alla donna ipo e non vedente.

L'assistenza ostetrica alla donna ipo/non vedente dovrebbe essere innovativa, flessibile, creativa e personalizzata per incontrare le esigenze individuali di ogni donna.

Sviluppare nuovi ruoli nel team ostetrico, per esempio "un'ostetrica speciale" che abbia frequentato degli aggiornamenti sul tema ed avere delle procedure scritte e delle check-list conosciute da tutto il personale, potrebbero essere soluzioni perfette per fornire l'adeguato supporto alle donne con disabilità.

Infine creare un servizio di audit interno, per identificare i punti di forza e di debolezza dell'assistenza.

ASSISTENZA OSTETRICA IN GRAVIDANZA

La conoscenza da parte dell'ostetrica del tipo di disabilità che affligge la donna è molto importante. Per fornire un'assistenza "ad hoc" e raccogliere un'adeguata anamnesi è infatti essenziale conoscere e avere informazioni riguardanti quanto la disabilità potrebbe influenzare l'andamento della gravidanza, se la gravidanza potrebbe influenzare la condizione di disabilità, se la donna assume rego-

lamente farmaci che potrebbero essere controindicati in gravidanza. In più l'ostetrica dovrebbe conoscere l'esistenza di agevolazioni (in particolare economiche) alle quali la donna ha diritto e che la possano aiutare.

Conoscere la disabilità è la chiave per un'assistenza ostetrica positiva e personalizzata, accompagnando la donna nel percorso nascita attraverso un modello di care gradito e concordato con la donna stessa.

I punti chiave di un'assistenza ostetrica in gravidanza alla donna ipovedente (schematizzati nel bilancio di salute gravidanza (allegato 1) sono:

- identificare la donna con un problema di ipovisione prima del colloquio;
- se possibile la presa in carico di questa donna dovrebbe avvenire da parte dell'"ostetrica speciale", che ha esperienza ed è aggiornata sulla gestione della disabilità;
- offrire un'assistenza prenatale a domicilio: questo è infatti normalmente un ambiente protetto per la donna e oltretutto da la possibilità all'ostetrica di vedere l'ambiente in cui la donna vive, le facilitazioni presenti in casa;
- lavorare con un team multidisciplinare;
- redigere un piano di assistenza con la donna riguardante gravidanza, travaglio, parto e assistenza in puerperio, in ospedale e a domicilio e discuterlo con lei;
- garantire continuità di assistenza.

ASSISTENZA OSTETRICA IN TRAVAGLIO DI PARTO

Per quanto riguarda l'assistenza ostetrica in travaglio,

sono importanti alcune pratiche ed accorgimenti che permettono alla donna ipo/non vedente di avere una care ostetrica personalizzata.

La donna durante il travaglio abbandona gradualmente il suo controllo razionale e lascia emergere le proprie emozioni, le paure, i dubbi. A questa apertura emozionale corrisponde l'apertura fisica del suo corpo e della produzione ormonale. È chiaro che la donna diviene più vulnerabile ed ha quindi necessità di protezione, rassicurazione e sostegno.

Nell'ottica di continuità assistenziale, che è stata definita estremamente importante soprattutto per la donna non o ipovedente, sarà l'ostetrica che ha accompagnato la donna durante la gravidanza ad accompagnarla anche in sala parto. In questa situazione particolarmente favorevole, la donna può contare sull'ostetrica per aiutarla a comprendere l'inizio del travaglio e quindi trascorrere la fase prodromica e latente a casa.

È infatti importante ricordare che la donna in fase di latenza non ha bisogno di essere controllata clinicamente. Come già citato in precedenza l'ambiente domestico è considerato per la donna non o ipovedente un contesto sicuro e protetto. Un precoce ricovero in un ambiente alienante come l'ospedale potrebbe comportare un danno per l'andamento del travaglio stesso.

Sarà la donna stessa, con il supporto dell'ostetrica, a comprendere il momento giusto per recarsi in ospedale, grazie ad una serie di segni e sintomi come le modificazioni del respiro, delle emozioni e del comportamento, delle contra-

“ Sarebbe opportuno che la donna fosse accompagnata dall'“ostetrica speciale”, formata e a conoscenza dell'impatto che l'ipovisione o la cecità potrebbero avere sull'allattamento

zioni uterine, delle marcature e quindi non necessariamente dovrà essere eseguita un'esplorazione vaginale.

Trascorrere parte del primo stadio del travaglio a casa permetterà alla donna di muoversi con più facilità in un ambiente che conosce bene, quindi camminare e adottare tutta quella serie di posizioni verticali che aiutano la discesa del feto nel canale del parto. Potrà bere, alimentarsi, usare il bagno anche in assoluta autonomia se lo desidera. In più la coppia potrà godere della privacy che non sempre in un ambiente ospedaliero è garantita. Nel momento in cui sarà importante recarsi in ospedale, sarà l'ostetrica stessa ad accompagnare la donna in sala parto. Se alla donna è stata offerta un'assistenza in gravidanza conforme a quanto esposto precedentemente, avrà già visitato l'ambiente della sala parto e quindi questo le sarà meno estraneo. È molto importante che i membri dell'equipe sanitaria si presentino alla donna. Se la donna ha redatto il “piano del parto” leggerlo e discuterlo con lei. L'ostetrica incoraggerà la signora ad adattare l'ambiente della sala parto in modo tale che soddisfi i suoi bisogni. La donna verrà coinvolta in tutti i passaggi dell'assistenza e il consenso prima di ogni procedura medico-sanitaria andrà sempre chiesto.

Ovviamente l'ostetrica eseguirà l'esame obiettivo in modo pressoché continuo, tramite ispezione, palpazione addomi-

nale, auscultazione del battito cardiaco fetale (secondo Linee guida) e, solo se necessario, esplorazione vaginale. Ma il suo compito sarà anche quello di vigilare sul benessere della donna, se richiesto fornirle aiuto e sostegno, minimizzare le interferenze, la direttività, l'autoritarismo e l'intervento, aiutarla a superare il dolore con il movimento e le tecniche naturali e garantire la privacy e l'intimità con il partner.

Durante il secondo stadio del travaglio l'ostetrica, conoscendo le competenze endogene della donna e l'importanza dell'intimità e della protezione, attuerà una conduzione protettiva: è importante invitare la donna a mantenere le posizioni da lei ritenute più comode, fisiologiche, rispettose dell'intimità.

Gli interventi dell'ostetrica dovrebbero mirare a favorire l'espressione emozionale e l'apertura fisica. Sono prevalentemente le sensazioni avvertite dalla donna a guidarla durante la fase espulsiva, l'ostetrica deve accompagnare la donna all'ascolto del suo corpo, farle capire di spingere solo quando sente necessità di farlo e adottando la posizione che preferisce.

Una volta avvenuto il parto, la donna va immediatamente rassicurata sul benessere del suo bimbo, dato che non può vederlo da sé. Appena dopo averlo asciugato il neonato va posto a contatto pelle a pelle con la sua mamma.

Se il contatto pelle a pelle è una pratica che andrebbe pro-

mossa sempre, essa assume una connotazione ancora più importante per la donna con una disabilità visiva. Toccare il prima possibile il bambino permetterà immediatamente di favorire il bonding e l'attaccamento anche per queste mamme.

L'ostetrica continuerà a fornire assistenza alla donna durante il terzo stadio del parto, informandola su tutti gli interventi che vengono messi in atto, ma cercando anche di non interrompere il bonding della triade.

Il primo attacco al seno deve essere promosso entro 30 minuti dalla nascita.

Il bilancio di salute redatto per pianificare l'assistenza ostetrica alla donna ipo/non vedente in travaglio (allegato n°2) può essere una guida e un valido aiuto per ricordare all'ostetrica alcuni accorgimenti e pratiche che permettono di fornire un'assistenza “ad hoc” alla donna con disabilità visiva.

ASSISTENZA OSTETRICA IN PUERPERIO

L'ostetrica che accompagnerà la donna durante il puerperio dovrà preoccuparsi di informarla riguardo a quelli che sono i principali cambiamenti di questo periodo, partendo dall'involutione uterina, dalle lochiazioni, fino ad arrivare alla fisiologia della lattazione. È importante spiegare alla donna quali sono i segni/sintomi allertanti in puerperio, soffermandosi ovviamente su quelli che possono essere percepiti dalla donna che non può vedere.

Sarebbe opportuno pianificare delle dimissioni precoci e protette dall'ospedale. Infatti la donna nell'ottica di conti-

nuità assistenziale continuerà ad essere accompagnata dall'ostetrica che si recherà al suo domicilio. Nel proprio ambiente domestico la puerpera si sentirà più a proprio agio: saprà come soddisfare i propri bisogni e si sentirà anche più sicura nel prendersi cura del neonato.

Anche in puerperio incoraggiare sempre il contatto pelle a pelle quando la donna lo desidera. Oltre a portare benefici in termini di esclusività di allattamento al seno, permette alla mamma di conoscere il proprio bambino, di comunicare con lui e quindi di imparare a conoscere i suoi bisogni e le modalità con cui li esprime.

L'ipovisione e la cecità sono delle condizioni che determinano cambiamenti effettivi ma non insormontabili nella gestione dell'allattamento al seno. Come per quanto detto riguardo l'assistenza in gravidanza e al parto anche in puerperio sarebbe opportuno che la donna fosse accompagnata dall'“ostetrica speciale”, formata e a conoscenza dell'impatto che l'ipovisione o la cecità potrebbero avere sull'allattamento. Nell'ottica di continuità assistenziale la donna potrebbe continuare a ricevere assistenza da parte dell'ostetrica che l'ha accompagnata in tutto in percorso nascita e con la quale ha instaurato un rapporto di fiducia e rispetto. Sono poche le ostetriche che hanno esperienza nella gestione dell'allattamento al seno di donne ipovedenti, l'obiettivo è costruire con la mamma stessa un programma di aiuto e sostegno.

All'ostetrica spetta il ruolo di fare capire a queste mamme che è il modo in cui il bambi-

bibliografia

- D.Walsh-Gallagher et al.(2012) The ambiguity of disable women's experience of pregnancy, childbirth and motherhood: A phenomenological understanding. *Midwifery*(28): 156-162
- Signore et al.(2011) Pregnancy in women with physical disabilities. *The American College of obstetricians and gynecologists*, 4(117) 935-947.
- S.F.Mckay-Moffat, Jackie Rothe-ram (2007) The role of the midwife in maternity service provision. In S.F. McKay-Moffat *Disability in pregnancy and childbirth*, Philadelphia: Churchill Livingstone 75-93
- J. Martin, J. Williams (2007) Midwives' insights revisited. *Disability, Pregnancy & Parenthood international* (59)
- World health organization (2010) *Global data of visual impairments*. Geneva
- The Royal College of midwives (2008) *maternity care for disabled women*. London
- C.Good Mojob(1999) *Helping the Visually Impaired or Blind Mother Breastfeed*. LEAVEN 35(3): 51-56
- S.C.Smeltzer (2007) *Pregnancy in women with physical disabilities*. *JOGNN* (36): 88-96
- Regione Lombardia, Direzione generale sanità (2001). *Linee guida per la riabilitazione funzionale e visiva dell'ipovedente*. Linee guida nel campo della prevenzione della disabilità visiva. Milano
- University of Dublin, Trinity College Dublin, School of Nursing and Midwifery (2009) *Women with disabilities: Barriers and Facilitators to accessing services during pregnancy, childbirth and early motherhood*. Dublin
- Royal College of Nursing (2007) *Pregnancy and disability*, RCN guidance for midwives and nurses. London
- www.llli.com
- www.rnib.org.uk
- www.disabilvisivi.it
- www.ipovisione.org
- www.occhio.it
- www.accaparlante.it

no è portato in braccio, il modo in cui è manipolato, il modo in cui la madre gli dà il seno o il biberon a determinare la qualità del ruolo materno. L'ostetrica deve fidarsi del fatto che un riequilibrio sensoriale permette alla mamma non vedente una percezione molto fine dei bisogni di suo figlio, trasmettendo alla donna tale fiducia.

Diversi studi hanno confermato l'importanza dei gruppi "alla pari". Le mamme ipovedenti che si confrontano con altre mamme che hanno avuto precedentemente un'esperienza simile alla loro, dimostrano meno ansia e preoccupazione nella gestione del loro bambino. Il primo passo per una corretta gestione dell'allattamento da parte dell'ostetrica è capire i bisogni della donna. Anche le donne ipovedenti possono avere accesso alle informazioni riguardanti l'allattamento che vengono fornite a tutte le mamme, ma con metodiche differenti. È importante capire come la donna in questione ha accesso alle informazioni (alfabeto braille, audioCD, internet...) e fornirle nella maniera a lei più gradita.

Anche in allattamento la comunicazione è un passo importante. Il linguaggio del corpo è la componente maggiore nella comunicazione di un individuo.

Approcciandosi ad una mamma ipovedente l'ostetrica dovrebbe identificarsi sempre quando parla alla donna. Per una donna ipovedente potrebbe essere difficile riconoscere la voce dell'ostetrica (soprattutto se ancora non la conosce) in una stanza con altre voci, e introdurre sempre le persone che sono con noi di fron-

te alla donna. La mamma apprezzerà conoscere chi c'è vicino a lei.

L'ostetrica che accompagna la donna durante l'allattamento potrebbe avvalersi di semplici consigli pratici per permettere anche alla mamma ipo/non vedente di essere accuratamente informata in merito a questa pratica.

Per comunicare con la mamma l'ostetrica dovrebbe trasformare i gesti o le dimostrazioni visive in descrizioni verbali o dimostrazioni fisiche. Fare provare fisicamente alla mamma le posizioni utili per allattare, anche con l'ausilio di bambolotti e chiedendole sempre il permesso prima di toccarla o toccare il suo bambino. Questo garantisce che anche le donne ipovedenti abbiano un'informazione e un'assistenza pratica riguardo l'allat-

tamento al seno.

Incoraggiare il contatto pelle a pelle tra madre e neonato (in particolare promuovere la pratica immediatamente dopo il parto), garantisce un allattamento esclusivo al seno più duraturo, l'ostetrica che assiste la mamma può valutare la poppata, insegnare alla mamma la spremitura del seno e anche informarla su quelle che possono essere le principali patologie del seno (ingorgo, ragadi, dotto bloccato, mastite...) focalizzandosi nella spiegazione sui segni e sintomi che la donna può avvertire anche senza poterli vedere.

L'ostetrica potrebbe essere tentata di posizionare il bambino al seno e aiutare la donna a sostenerlo con cuscini o con altri strumenti. In realtà è opportuno che l'ostetrica utilizzi più le parole che le mani:

insegnare alla mamma i segni di un corretto attacco, suzione, posizione del neonato avvalendosi di una spiegazione verbale e lasciando che la mamma provi e si accerti con il tatto, permettono alla donna di divenire progressivamente sempre più indipendente. Inoltre diventerà particolarmente attenta ai diversi suoni della poppata: saprà distinguere perfettamente la deglutizione, il rigetto, i rumorini d'aria, le fuoriuscite di latte.

L'obiettivo è fornirle l'empowerment, quindi l'ostetrica accompagna e supporta la donna senza essere invadente e lasciandola libera di sperimentare e provare le differenti posizioni.

L'ostetrica deve imparare ad essere creativa, a sperimentare con la mamma nuove posizioni e strategie, costruendo passo dopo passo il modello di assistenza più adeguato.

È importante infondere fiducia e dare sostegno e fare capire alle mamme che diventeranno progressivamente in grado di capire i bisogni del loro bambino.

Le donne ipo e non vedenti possono essere delle ottime madri e gli operatori sanitari non devono presumere che queste non siano in grado di diventare genitori.

La continuità di assistenza, l'empowerment e l'informazione sono le chiavi di una vera assistenza ostetrica.

Anche le donne con disabilità visiva hanno la competenza innata per partorire e occuparsi del proprio bambino: l'ostetrica è la figura più adatta per aiutare la donna ad esprimere le sue competenze innate ed accompagnarla nel percorso della nascita.

BILANCIO di SALUTE SCHEDA DI PIANIFICAZIONE OSTETRICA IN GRAVIDANZA per l'assistenza alla donna ipo o non vedente

Funzioni Corporee e Strutture corporee

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD |
|---|--|---|--|
| del Sistema nervoso e Mentali | Regolare struttura e funzionamento correlato a: <ul style="list-style-type: none"> Orientamento Sonno Capacità psicomotorie Capacità mentali Equilibrio emotivo | <ul style="list-style-type: none"> Orientarsi rispetto al tempo e allo spazio. Riferire alterazioni del ritmo sonno veglia e riposarsi secondo i propri bisogni. Familiarizzare con i cambiamenti della gravidanza e con il bambino in utero | <ul style="list-style-type: none"> Rispettare le decisioni della donna Rilevazione dei segni e sintomi vagali. Accompagnare la donna nell'accettazione dei cambiamenti corporei indotti dalla gravidanza e alla relazione con il bambino in utero |
| Del dolore. | <ul style="list-style-type: none"> Assenza di dolore | <ul style="list-style-type: none"> Comunicare presenza di dolore Identificare la presenza di contrazioni uterine e descriverne intensità, frequenza e durata | <ul style="list-style-type: none"> Assicurarsi che la gravida sia libera dal dolore |
| della Voce e dell'eloquio | <ul style="list-style-type: none"> Regolare struttura e funzionamento correlato alla vocalizzazione. | <ul style="list-style-type: none"> Manifestare ed esprimere le proprie sensazioni; Essere ascoltata. Fornire il proprio consenso dopo la comprensione degli interventi medico-sanitari | <ul style="list-style-type: none"> Ascoltare la donna; Assicurarsi che ci siano le condizioni idonee per permettere alla donna di esprimersi. Informare e chiedere il consenso prima di ogni procedura medico-sanitaria. Permetterle di ascoltare il BCF con il rilevatore doppler |
| dei sistemi: cardiovas-colare ematologi-co | Regolare struttura e funzionamento correlato ad: <ul style="list-style-type: none"> pressione arteriosa frequenza cardiaca parametri ematologici coagulazione | <ul style="list-style-type: none"> Descrivere situazioni di tachicardia, iper/ipotensione Comunicare all'ostetrica storia di varici, emorroidi, familiarità per trombo embolismo | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi cardiologica ed ematologica Individuare donne con varici e consigliare movimento e calze elastiche Monitorare la PA. e la FC ad ogni incontro prenatale Collaborare con il medico nella valutazione dei parametri ematologici e nella correzione di un'eventuale anemia |
| immunologico | <ul style="list-style-type: none"> presenza/assenza di allergie note a farmaci o alimenti presenza/assenza di segni di infezione valutazione sierologia materna | <ul style="list-style-type: none"> conoscere gli screening delle infezioni, l'utilità e fornire il consenso informato Curare la propria igiene per prevenire infezioni e riconoscere segni e sintomi indicativi di infezione in atto. Conoscere quali farmaci possono essere utilizzati in gravidanza | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi immunologica Offrire alla donna un counseling riguardo tutti gli screening per malattie infettive raccomandati dalla Linee guida di riferimento Prescrivere alla donna gli screening da eseguire ad ogni visita ostetrica attenendosi alle Linee guida di riferimento. Spiegare alla donna accorgimenti per la propria igiene e segni e sintomi di infezione. Counseling farmacologico |
| respiratorio | <ul style="list-style-type: none"> Regolare struttura e funzionamento correlato alla frequenza respiratoria. | <ul style="list-style-type: none"> Segnalare dispnea, tachipnea e problemi respiratori Conoscere i rischi del fumo in gravidanza | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi Rilevare il parametro respiratorio tramite l'osservazione. Informare sugli effetti del fumo in gravidanza Documentare in cartella |
| dei sistemi: digerente | Regolare struttura e funzionamento correlato a: <ul style="list-style-type: none"> ingestione digestione assimilazione defecazione | <ul style="list-style-type: none"> conoscere l'importanza di una dieta varia e equilibrata alimentarsi autonomamente con una dieta variata evidenziare problemi di disfagia, nausea, intolleranza. Conoscere gli effetti dell'alcol e delle sostanze stupefacenti in gravidanza Segnalare sintomi di stipsi, diarrea, crampi. Rispondere al proprio bisogno di eliminazione. Avere informazioni per ridurre il rischio di Toxoplasmosi | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi Informare sull'importanza di una dieta varia, equilibrata e completa in gravidanza. Monitorare il BMI al primo incontro prenatale e il peso corporeo durante i successivi. Informare la donna su cibi e bevande utili per calmare la nausea Informare sugli effetti dell'assunzione di alcol o stupefacenti in gravidanza Counseling per ridurre il rischio di contrarre la Toxoplasmosi |
| metabolico | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> bilancio idrico termoregolazione | <ul style="list-style-type: none"> idratarsi autonomamente riferire difficoltà all'idratazione riferire sensazione di iper/ipo termia. | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi Assicurarsi che la donna beva molto durante la giornata |
| endocrino | Regolare struttura e funzionamento correlato <ul style="list-style-type: none"> alle ghiandole endocrine. Alla fisiologia della lattazione | <ul style="list-style-type: none"> Conoscere i cambiamenti ormonali del periodo della gestazione Conoscere i benefici dell'allattamento al seno | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi Informare sui cambiamenti ormonali della gravidanza Promuovere l'allattamento al seno |
| dei sistemi: Genito - riproduttivo | <ul style="list-style-type: none"> Regolare struttura e funzionamento correlato ai cambiamenti legati alla gravidanza | <ul style="list-style-type: none"> Comprendere i cambiamenti del proprio corpo e la crescita dell'utero Conoscere il significato delle manovre di Leopold Avvertire i MAF Comprendere il significato dell'esplorazione | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi ostetrico-ginecologica Identificare fattori di rischio per la classificazione della gravidanza Eseguire visita ostetrica completa: ispezione, palpazione, auscultazione e quando necessario esplorazione vaginale |

▶ Segue

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD | |
|---|--|---|--|--|
| Funzioni Corporee e Strutture corporee | | <ul style="list-style-type: none"> ne vaginale Conoscere i test di screening e la diagnosi prenatale | <ul style="list-style-type: none"> Durante la visita ostetrica rilevare la lunghezza sinfisi fondo Durante la visita ostetrica eseguire e insegnare alla donna le manovre di Leopold Se necessario eseguire esplorazione vaginale spiegare alla donna cosa viene fatto, le sensazioni che potrà provare e chiedere sempre il consenso Informare dell'esistenza degli screening e della diagnosi prenatale Offrire i test di screening ecografici supportati da evidenze scientifiche Informare la donna riguardo alla sicurezza dei rapporti in gravidanza Identificare donne che hanno subito violenza sessuale o mutilazioni genitali | |
| | urinario | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> minzione spontanea assenza infezioni | <ul style="list-style-type: none"> eliminare urina in tempi adeguati conoscere l'importanza di svuotare frequentemente la vescica. Segnalare segni e sintomi di infezione Conoscere l'importanza degli esami per escludere infezioni urinarie | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi Prescrivere screening per batteri uria asintomatica ed esami urine secondo le Linee guida di riferimento Incoraggiare la donna a svuotare frequentemente la vescica |
| | dei sistemi: Neuro-muscoloscheletrico e correlate al movimento | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> motilità attiva mobilizzazione spontanea e autonoma attività fisica | <ul style="list-style-type: none"> conoscere l'importanza dell'attività fisica praticare attività fisica conoscere l'importanza della ginnastica perinatale referire problematiche muscolo-scheletriche. | <ul style="list-style-type: none"> Raccogliere l'anamnesi Informare dell'importanza del movimento e dell'attività fisica in gravidanza Promuovere gli esercizi di kegel per mantenere il tono del pavimento pelvico |
| | della cute | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> cute | <ul style="list-style-type: none"> referire alterazioni cutanee | <ul style="list-style-type: none"> raccogliere l'anamnesi con l'ispezione identificare alterazioni cutanee fisiologiche o patologiche |
| | delle strutture correlate | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> Capelli mucose | <ul style="list-style-type: none"> referire alterazioni degli annessi cutanei | <ul style="list-style-type: none"> raccogliere l'anamnesi |
| Attività e Partecipazione | Apprendimento e applicazione delle conoscenze Compiti e Richieste generali | Regolare funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> alla capacità di comprendere e intraprendere compiti articolati | <ul style="list-style-type: none"> Comprendere gli interventi medico-assistenziali a cui è sottoposta e fornire un consenso informato Comprendere la sua situazione clinica | <ul style="list-style-type: none"> Fornire l'informazione per il consenso e rispondere a dubbi-domande della signora Documentare in cartella |
| | Comunicazione | Regolare funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> comunicazione verbale e non verbale | <ul style="list-style-type: none"> comunicare con l'ostetrica liberamente definire gli incontri prenatali con l'ostetrica raccontare la sua storia redigere un piano di assistenza con l'ostetrica ricevere informazioni utili e supportate da evidenze scientifiche | <ul style="list-style-type: none"> Al primo colloquio definire la modalità di comunicazione che la donna preferisce Ispirare empatia e fiducia Mettere la donna in condizione di poter comunicare liberamente. Comunicare con parole semplici e assicurarsi che la donna comprenda. Accordarsi sempre sulle date e ora, frequenza e luogo degli incontri Raccogliere con sensibilità la storia e i bisogni della donna, attraverso lo sguardo sulla disabilità Essere disponibile a fornire chiarimenti alla coppia Redigere un piano di assistenza con la donna Informare la donna su test di screening, esami, informazioni utili a seconda del trimestre di gravidanza seguendo le Linee guida di riferimento. |
| | Mobilità | Regolare Funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> Cambiare e mantenere una posizione Trasportare oggetti spostarsi | <ul style="list-style-type: none"> sedersi, spostarsi autonomamente | <ul style="list-style-type: none"> Informare la donna dell'importanza del movimento; Rilevare eventuali difficoltà Descriverle in cartella ostetrica |
| Vita domestica | <ul style="list-style-type: none"> Ambiente domestico | <ul style="list-style-type: none"> Discutere con l'ostetrica le facilitazioni presenti in casa | <ul style="list-style-type: none"> Proporre alla donna incontri in gravidanza a domicilio Individuare le facilitazioni presenti in casa e discuterne con la donna Discutere con la donna eventuali cambiamenti utili nell'organizzazione degli spazi domestici con l'arrivo del neonato Comprendere le abitudini della donna e la sua indipendenza | |

Segue ▶

▶ Segue

| | Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD |
|----------------------------------|--|--|---|--|
| Attività e Partecipazione | Interazioni e Relazioni interpersonali | <ul style="list-style-type: none"> Regolare capacità di intraprendere relazioni l'ostetrica e gli operatori sanitari. | <ul style="list-style-type: none"> Guidare l'ostetrica alla scoperta dei servizi e dei bisogni di cui necessita Sentirsi a proprio agio Ottenere maggior empowerment Familiarizzare con i cambiamenti del proprio corpo Relazionarsi con il "bambino immaginario" relazionarsi con l'ostetrica e i membri dell'equipe sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> Identificare la donna con problema di ipovisione o cecità prima del colloquio Offrire continuità di assistenza Fornire l'empowerment Preso in carico della donna da parte dell'ostetrica "speciale" aggiornata sull'assistenza alla donna con disabilità Identificare i bisogni della donna Identificare il modo migliore per mettere la donna a proprio agio Lavorare con un team multidisciplinare e coinvolgere altri specialisti ove necessario Aiutare la donna a familiarizzare con i cambiamenti del proprio corpo puntando sugli altri 4 sensi Guidarla all'ascolto del BCF Guidarla alla percezione dei MAF |
| | Vita sociale, civile e di comunità | <ul style="list-style-type: none"> Regolare Funzionamento correlato a Relazioni sociali lavoro | <ul style="list-style-type: none"> conoscere la tutela lavorativa della donna in gravidanza | <ul style="list-style-type: none"> informare la donna delle tutele normative previste per gravidanza e maternità (D.lgs 151/2001) |
| Fattori Ambientali | Prodotti e Tecnologia | <ul style="list-style-type: none"> Regolare Funzionamento correlato a conoscenza degli strumenti e dei macchinari utilizzati e della loro funzione | <ul style="list-style-type: none"> conoscere la funzione degli strumenti utilizzati nell'assistenza apprendere conoscenze con modellini esplicativi Conoscere la funzione dei macchinari e del loro utilizzo Conoscere l'obiettivo degli esami diagnostici effettuati a sé e al feto Conoscere l'utilità degli strumenti della sala parto | <ul style="list-style-type: none"> Utilizzare un piano di assistenza Fornire informazioni scritte accessibili per la donna in ogni momento (alfabeto braille, audio CD) Fornire al corso di accompagnamento alla nascita modellini esplicativi di bacino femminile, apparato genitale esplicativi e toccabili Informare sulla funzione dei macchinari utilizzati e delle procedure strumentali messe in atto. Aiutare la donna a familiarizzare con gli strumenti della sala parto (pallone, sgabello, liana..) con visite durante la gravidanza Puntare su metodiche di relazione con il feto alternative oltre l'ecografia ostetrica Introdurre tutti gli strumenti utilizzati e farli toccare alla donna (sonda vaginale, speculum, stetoscopio di Pinard, Sonicaid...) |
| | Ambiente naturale | <ul style="list-style-type: none"> Bisogno di ambiente confortevole e privacy | <ul style="list-style-type: none"> Sentirsi a suo agio nel luogo in cui avverranno gli incontri prenatali Conoscere in precedenza il luogo ove avverrà il parto | <ul style="list-style-type: none"> Offrire l'assistenza prenatale a domicilio se la donna lo desidera Ambiente privo di barriere architettoniche Ambiente confortevole e con privacy Offrire alla donna la possibilità di visitare il luogo in cui avverrà il parto Guidarla alla conoscenza dei luoghi, degli ambienti |
| | Relazioni | <ul style="list-style-type: none"> Regolare capacità di intraprendere relazioni interpersonali | <ul style="list-style-type: none"> Intraprendere relazioni con il personale sanitario e le degenti. | <ul style="list-style-type: none"> Erogare assistenza ostetrica continuativa e mantenere un comportamento professionale. Fornire comunicazioni personali in merito allo stato di salute della donna e del neonato in ambiente riservato e con rispetto della privacy Favorire le relazioni col partner e col neonato; Ascoltare la donna; Rilevare difficoltà relazionali; Documentarle in cartella |
| | Sostegno sociale | <ul style="list-style-type: none"> Regolare | <ul style="list-style-type: none"> Avere il sostegno necessario da lei richiesto. | <ul style="list-style-type: none"> Garantire il sostegno del partner; Fornire sostegno emotivo e pratico. |
| | Atteggiamenti | <ul style="list-style-type: none"> Regolare atteggiamento | <ul style="list-style-type: none"> Esprimere il consenso informato alle pratiche assistenziali a cui è sottoposta; | <ul style="list-style-type: none"> Informare la donna delle pratiche assistenziali da svolgere; Chiedere e ottenere il consenso per ogni attività da svolgere. Documentare ogni pratica svolta in cartella ostetrica. |
| | Servizi, Sistemi | <ul style="list-style-type: none"> Accesso ai servizi sanitari | <ul style="list-style-type: none"> Scegliere se frequentare un corso di accompagnamento alla nascita | <ul style="list-style-type: none"> Proporre un corso di accompagnamento alla nascita in una struttura adeguata |

BILANCIO di SALUTE SCHEDA DI PIANIFICAZIONE OSTETRICA IN TRAVAGLIO ATTIVO DI PARTO per l'assistenza alla donna ipo/non vedente

Funzioni Corporee e Strutture corporee

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici STANDARD |
|---|---|--|---|
| del Sistema nervoso e Mentali | Regolare struttura e funzionamento Funzionamento correlato a: • Orientamento • Capacità psicomotorie • Capacità mentali • Equilibrio emotivo • Fisiologica perdita della razionalità | • Orientarsi rispetto al tempo e allo spazio. • Comunicare i propri bisogni all'ostetrica • comunicare situazioni di agitazione al personale ostetrico. • Seguire il proprio istinto • Smettere di preoccuparsi di ciò che la circonda • Concentrarsi su di sé e sulle contrazioni • Affidarsi all'ostetrica | <ul style="list-style-type: none"> • Non lasciare mai la donna sola • Assistenza continua e one to one • Essere empatica e non invadente • Rispettare le decisioni della donna • Osservare la donna e i suoi comportamenti • Favorire l'istintività • Evitare interventi routinari che possono disturbare la donna e richiamarla alla razionalità • Cogliere nei comportamenti della donna segni di progressione del travaglio. • Rilevare segni e sintomi vagali • Garantire la privacy • Evitare situazioni o pratiche che possano creare ansia o agitazione. |
| Del dolore. | <ul style="list-style-type: none"> • regolare struttura e funzionamento correlato alla capacità visiva. • Presenza di attività contrattile dolorosa | <ul style="list-style-type: none"> • Rilevare e descrivere tramite una scala oggettiva del dolore (VNS), sede ed intensità del dolore. • Comprendere la "funzione" del dolore nel travaglio di parto. • Assumere posizioni antalgiche | <ul style="list-style-type: none"> • Informarsi circa cambiamenti riguardo a sede e intensità dell'attività contrattile come strumento di valutazione della progressione del travaglio • Insegnare e descrivere la scala VNS come metodo di rilevazione del dolore. • Proporre posizioni antalgiche • Proporre l'acqua come metodica antalgica. |
| della Voce e dell'eloquio | • Regolare struttura e funzionamento correlato alla vocalizzazione. | <ul style="list-style-type: none"> • Manifestare ed esprimere le proprie sensazioni; • Essere ascoltata. • Fornire il proprio consenso dopo la comprensione degli interventi medico-sanitari • Presentare all'equipe il piano del parto. | <ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare la donna; • Assicurarsi che ci siano le condizioni idonee per permettere alla donna di esprimersi. • Informare e chiedere il consenso prima di ogni procedura medico-sanitaria. • Leggere e discutere con la donna il piano del parto, informando l'equipe. |
| dei sistemi: cardiovas-colare ematologi-co | Regolare struttura e funzionamento correlato ad: • pressione arteriosa • frequenza cardiaca | • Riconoscere segni e sintomi indicativi di ipo e iper tensione e tachicardia e conoscere l'importanza della comunicazione tempestiva all'ostetrica | <ul style="list-style-type: none"> • Informare la donna sui segni e sintomi di ipo/ipertensione, tachicardia. • Monitorare P.A. e F.C. secondo linee guida di riferimento • Informare la donna sul significato delle "marcature". |
| immunologico | <ul style="list-style-type: none"> • valutazione della sierologia • valutazione tamponi per streptococco B emolitico • valutazione di eventuali allergie a farmaci, alimenti o altre sostanze • valutare la presenza di segni infettivi | • comprendere il significato della valutazione immunologica per la sicurezza materna e fetale | <ul style="list-style-type: none"> • eventuale antibiotico terapia se tamponi positivi • Limitare al minimo gli interventi che possano aumentare il rischio infettivo (es. esplorazioni vaginali ripetute, cateterismi ecc). |
| respiratorio | • regolare struttura e funzionamento correlato alla funzione respiratoria | <ul style="list-style-type: none"> • comprendere l'importanza di una normale respirazione e ossigenazione in travaglio • Segnalare dispnea, tachipnea e problemi respiratori | <ul style="list-style-type: none"> • Informare sugli effetti della respirazione in travaglio • Monitorare il parametro respiratorio tramite l'osservazione • Identificare la presenza di alitosi come significativo di acidosi e correggerla. |
| dei sistemi: digerente | Regolare struttura e funzionamento correlato a: • ingestione • digestione • assimilazione • defecazione | <ul style="list-style-type: none"> • sentirsi libera di alimentarsi durante il travaglio • rispondere al suo bisogno di eliminazione | <ul style="list-style-type: none"> • spiegare l'importanza e favorire un'alimentazione leggera in travaglio. • Garantire che la donna possa rispondere al suo bisogno di eliminazione con privacy in bagno. |
| metabolico | Regolare struttura e funzionamento correlato a • bilancio idrico • termoregolazione | <ul style="list-style-type: none"> • idratarsi autonomamente • preferire bevande isotoniche • riferire difficoltà all'idratazione • riferire sensazione di iper/ipo termia. | <ul style="list-style-type: none"> • Spiegare l'importanza dell'idratazione • Garantire un'adeguata idratazione per os. • Assicurare alla donna una temperatura idonea, fornirle prontamente coperte aggiuntive. • Monitorare la temperatura secondo linee guida di riferimento. |
| endocrino | Regolare struttura e funzionamento correlato • alle ghiandole endocrine. | • Mantenere una produzione ormonale di ossitocina e endorfine | <ul style="list-style-type: none"> • Favorire la produzione endorfina della donna • Garantire una produzione adeguata di ossitocina evitando ipercinesie • Evitare azioni cortico-stimolanti |

➤ Segue

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD | |
|---|--|--|--|--|
| Funzioni Corporee e Strutture corporee | dei sistemi: Genito - riproduttivo | <ul style="list-style-type: none"> attività contrattile uterina regolare presenza di marcature segni di benessere fetale | <ul style="list-style-type: none"> conoscere i cambiamenti fisiologici dell'apparato genitale durante il travaglio. Informare l'ostetrica in caso di rottura delle membrane amnio coriali. Informare l'ostetrica in caso di sensazioni particolari a carico del sistema genitale. Conoscere l'importanza del contatto pelle a pelle e dell'attacco precoce al seno | <ul style="list-style-type: none"> Informare la donna dei cambiamenti dell'apparato genitale fisiologici Monitorare palpatariamente l'attività contrattile Eseguire l'esplorazione vaginale previo consenso, assicurando comfort, privacy e secondo linee guida di riferimento. Valutare le perdite ematiche Rilevare i segni di benessere fetale Con l'esplorazione vaginale rilevare caratteristiche del collo dell'utero, dilatazione, stato delle membrane amnio coriali, stazione della p.p., modificazioni plastiche, posizione della p.p., caratteristiche del liquido amniotico. Chiedere il consenso prima di qualsiasi procedura Informare la donna prima di qualsiasi rilevazione e renderla partecipe. quando la parte presentata è percepibile a livello dei genitali esterni invitare ed aiutare la donna a toccarla, se lo desidera. Durante il terzo stadio informare la donna di ciò che sta avvenendo senza interrompere il bonding Promuovere il primo attacco al seno entro 30 minuti dalla nascita |
| | urinario | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> minzione spontanea | <ul style="list-style-type: none"> Conoscere l'importanza e svuotare almeno ogni 2 ore la vescica. | <ul style="list-style-type: none"> Informare la donna dei rischi di una vescica sovra distesa Invitarla a urinare in bagno ogni 2 ore Documentare la frequenza della minzione in cartella |
| | dei sistemi: Neuro-muscoloscheletrico e correlate al movimento | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> motilità attiva libertà di movimento mobilizzazione spontanea e autonoma | <ul style="list-style-type: none"> muoversi liberamente utilizzare strumenti per adottare posizioni comode adottare posizioni antalgiche preferire le posizioni verticali | <ul style="list-style-type: none"> spiegare l'importanza della libertà di movimento favorire la verticalità mettere a disposizione strumenti (sgabelli, pallone...) per favorire il movimento consigliare posizioni utili a seconda della fase del travaglio aiutare la donna nella ricerca e nell'assunzione delle posizioni antalgiche. |
| Attività e Partecipazione | della cute | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> cute | <ul style="list-style-type: none"> referire alterazioni cutanee | <ul style="list-style-type: none"> identificare alterazioni cutanee notare segni di disidratazione cutanei |
| | delle strutture correlate | Regolare struttura e funzionamento | ----- | ----- |
| | Apprendimento e applicazione delle conoscenze Compiti e Richieste generali | Regolare funzionamento correlato a alla capacità di comprendere e intraprendere compiti articolati | <ul style="list-style-type: none"> Comprendere gli interventi medico-assistenziali a cui è sottoposta e fornire un consenso informato Comprendere la sua situazione clinica. Fornire consenso informato. | <ul style="list-style-type: none"> Fornire l'informazione per il consenso e rispondere a dubbi-domande della signora Fornire informazioni riguardo alla progressione del travaglio. |
| | Comunicazione | Regolare funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> comunicazione verbale e non verbale | <ul style="list-style-type: none"> Esprimere malessere, benessere, dubbi, domande. Comunicare sensazioni particolari Comunicare tempestivamente segni e sintomi d'allarme | <ul style="list-style-type: none"> Ispirare empatia Mettere la donna in condizione di poter comunicare liberamente. Comunicare con parole semplici e assicurarsi che la donna comprenda. Essere disponibile a fornire chiarimenti alla coppia |
| | Cura della propria persona | <ul style="list-style-type: none"> Regolare Funzionamento correlato a | ----- | ----- |
| | Vita domestica | ----- | ----- | ----- |
| | Interazioni e Relazioni interpersonali | <ul style="list-style-type: none"> Regolari relazioni con partner, ostetrica, studente, personale medico- sanitario Supporto costante | <ul style="list-style-type: none"> Conoscere l'importanza della continuità di assistenza Conoscere l'importanza del contatto pelle a pelle col neonato; Essere rassicurata e supportata nelle varie fasi del travaglio Contare sul supporto e presenza del partner Interagire col feto e prepararsi alla "separazione" fisiologica della nascita. | <ul style="list-style-type: none"> Fornire continuità di assistenza Non lasciare da sola la donna Creare un rapporto empatico one-to-one con la donna Informare sugli effetti del contatto pelle a pelle col neonato Promuovere e assicurare il contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita Coinvolgere il partner nella libertà di movimento. Favorire l'empowerment Guidare la donna alla scoperta della sala parto e degli oggetti che ne fanno parte. Comunicare alla donna la presenza di altre persone in sala parto ,dove necessario, ed introdurle. |
| Aree di vita principali | ----- | ----- | ----- | |

Segue ➤

► Segue

Fattori Ambientali

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD |
|---|---|---|---|
| Vita sociale, civile e di comunità | • ----- | • ----- | • ----- |
| Prodotti e Tecnologia | Regolare Funzionamento correlato a • conoscenza dei macchinari utilizzati e della loro funzione | • Conoscere la funzione dei macchinari della sala parto e del loro utilizzo. • Conoscere la forma, dimensione e caratteristiche rilevabili con il tatto degli strumenti utilizzati. | • Informare sulla funzione dei macchinari utilizzati e delle procedure strumentali messe in atto. • Introdurre alla donna il macchinario o l'attrezzatura che andrà ad utilizzare, permettendole di toccarlo |
| Ambiente naturale | • Necessità di un ambiente che stimoli la produzione endorfina e ossitocinica • Bisogno di ambiente confortevole e privacy | • Sentirsi libera e a suo agio in sala parto • Non essere circondata da ambiente cortico stimolante • Plasmare l'ambiente della sala parto per soddisfare i propri bisogni | • Mantenere un microclima adeguato alle necessità della donna. • Trasferire la signora in un altro ambiente solo se strettamente necessario. • Ridurre i rumori • Evitare un ambiente cortico stimolante • Mantenere luci soffuse • Bussare sempre prima di entrare in sala parto e chiedere che gli altri lo facciano • Garantire la privacy • Guidare la donna alla conoscenza dell'ambiente • Disporre il letto non al centro della stanza. • Predisporre una sala parto con materassi, sgabelli, pallone, vasca.. che permettano la libertà di movimento • Ambiente non eccessivamente ampio e privo di barriere architettoniche |
| Relazioni | • Regolare capacità di intraprendere relazioni interpersonali | • Intraprendere relazioni con le ostetriche e il resto dell'equipe sanitaria. | • Erogare assistenza ostetrica continuativa e mantenere un comportamento professionale. • Favorire le relazioni con il partner; • Ascoltare la donna; • Rilevare difficoltà relazionali. |
| Sostegno sociale | • ----- | • ----- | • ----- |
| Atteggiamenti | • Regolare atteggiamento | • Esprimere il consenso informato alle pratiche assistenziali a cui è sottoposta; | • Informare la donna delle pratiche assistenziali da svolgere; • Chiedere e ottenere il consenso per ogni attività da svolgere riguardanti la donna e il feto. • Documentare ogni pratica svolta in cartella ostetrica. |
| Servizi , Sistemi | • ----- | • ----- | • ----- |

BILANCIO di SALUTE SCHEDA DI PIANIFICAZIONE OSTETRICA IN PUERPERIO per l'assistenza alla donna ipo/non vedente

Funzioni Corporee e Strutture corporee

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD |
|---|--|--|--|
| del Sistema nervoso e Mentali | Regolare struttura e funzionamento correlato a: <ul style="list-style-type: none"> • Orientamento • Sonno • Capacità psicomotorie • Capacità mentali • Equilibrio emotivo | <ul style="list-style-type: none"> • Orientarsi rispetto al tempo e allo spazio. • Riferire alterazioni del ritmo sonno veglia e riposarsi secondo i propri bisogni. • comunicare situazioni di agitazione al personale ostetrico | <ul style="list-style-type: none"> • Rispettare le decisioni della donna • Rilevazione dei segni e sintomi vagali. • Favorire il riposo e non svegliare la donna per interventi di routine rimandabili. • Permettere alla donna e al neonato di riposare in un ambiente idoneo e tranquillo. • Garantire la vicinanza del partner • Garantire la privacy. • Evitare pratiche e situazioni che possano aumentare l'ansia e l'agitazione. • Documentare in cartella ostetrica. |
| Del dolore. | <ul style="list-style-type: none"> • Assenza di dolore | <ul style="list-style-type: none"> • Rilevare e descrivere tramite una scala oggettiva del dolore (VNS), sede ed intensità del dolore. • Essere libera dal dolore e riconoscere il tipo di dolore per comunicarlo prontamente al personale ostetrico. | <ul style="list-style-type: none"> • Insegnare e descrivere la scala VNS come metodo di rilevazione del dolore. • Domandare circa la percezione di dolore più volte al giorno • Monitorare lo stato di benessere della puerpera. • Documentare in cartella ostetrica. |
| della Voce e dell'eloquio | <ul style="list-style-type: none"> • Regolare struttura e funzionamento correlato alla vocalizzazione. | <ul style="list-style-type: none"> • Manifestare ed esprimere le proprie sensazioni; • Essere ascoltata. • Fornire il proprio consenso dopo la comprensione degli interventi medico-sanitari | <ul style="list-style-type: none"> • Ascoltare la donna; • Assicurarsi che ci siano le condizioni idonee per permettere alla donna di esprimersi. • Informare e chiedere il consenso prima di ogni procedura medico-sanitaria. |
| dei sistemi: cardiovas-colare ematologi-co | Regolare struttura e funzionamento correlato ad: <ul style="list-style-type: none"> • pressione arteriosa • frequenza cardiaca • parametri ematologici • coagulazione | <ul style="list-style-type: none"> • Descrivere situazioni di tachicardia, iper/ipotensione, trombo embolia. • Descrivere anomalie delle lochiazioni, legate all'odore o alla percezione sensoriale • Descrivere sintomi di emorragia post partum | <ul style="list-style-type: none"> • Insegnare segni e sintomi di tromboembolismo, tachicardia e ipo/ipertensione. • Rilevare FC, PA in presenza di segni e sintomi di ipo/iper tensione o tachicardia. • Informare la donna dei segni/sintomi di emorragia; • Informare la donna delle caratteristiche delle perdite ematiche vaginali. • Sofferarsi sulle caratteristiche, segni e sintomi che la donna può rilevare non visivamente • Documentare in cartella |
| immunologico | <ul style="list-style-type: none"> • Assenza di allergie note a farmaci o alimenti • Assenza di segni di infezione | <ul style="list-style-type: none"> • Curare la propria igiene per prevenire infezioni e riconoscere segni e sintomi indicativi di infezione in atto. | <ul style="list-style-type: none"> • Spiegare alla donna accorgimenti per la propria igiene e segni e sintomi di infezione. |
| respiratorio | <ul style="list-style-type: none"> • Regolare struttura e funzionamento correlato alla frequenza respiratoria. | <ul style="list-style-type: none"> • Segnalare dispnea, tachipnea e problemi respiratori | <ul style="list-style-type: none"> • Rilevare il parametro respiratorio tramite l'osservazione. • Documentare in cartella |
| dei sistemi: digerente | Regolare struttura e funzionamento correlato a: <ul style="list-style-type: none"> • ingestione • digestione • assimilazione • defecazione | <ul style="list-style-type: none"> • alimentarsi autonomamente con una dieta variata • evidenziare problemi di disfagia, nausea, intolleranza. • Segnalare sintomi di stipsi, diarrea, crampi. • Rispondere al proprio bisogno di eliminazione. | <ul style="list-style-type: none"> • Favorire una dieta variata e ricca di fibre. • Monitorare le caratteristiche dell'alvo. • Documentare in cartella. |
| metabolico | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> • bilancio idrico • termoregolazione | <ul style="list-style-type: none"> • idratarsi autonomamente • riferire difficoltà all'idratazione • riferire sensazione di iper/ipo termia. | <ul style="list-style-type: none"> • Garantire un'adeguata idratazione per os. • Assicurare alla donna una temperatura idonea, fornirle prontamente coperte aggiuntive. |
| endocrino | Regolare struttura e funzionamento correlato <ul style="list-style-type: none"> • alle ghiandole endocrine. • Alla fisiologia della lattazione | <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i cambiamenti ormonali del post parto; • Conoscere l'importanza di frequenti poppate al seno per stimolare il riflesso ossitocico (oltre agli altri benefici); • Conoscere l'importanza dell'ossitocina nell'allattamento e nel mantenimento della contrattura uterina; • Conoscere come stimolare il riflesso ossitocico; • Conoscere i possibili cambiamenti d'umore; • Avere il sostegno emotivo e fisico necessario. • Avviare precocemente l'allattamento al seno; • Avere il sostegno emotivo-pratico del marito; • Avere il sostegno emotivo- pratico dell'ostetrica. • Spremere manualmente il seno | <ul style="list-style-type: none"> • Informare la puerpera dei cambiamenti ormonali nel post parto; • Informare la donna dell'influenza ormonale sui cambiamenti d'umore; • Informare dell'importanza dell'ossitocina; • Educare la puerpera a favorire il riflesso ossitocico; • Fornire il sostegno richiesto; • Sostenere la donna nell'avvio dell'allattamento al seno; • Favorire il sostegno e la presenza del partner; • Aiutare la donna nell'assumere la posizione che ritiene più comoda per allattare; • Trasformare i gesti in spiegazioni verbali o fisiche • Aiutare e/o favorire l'aiuto del partner nel posizionare correttamente il neonato al seno; • Interferire il meno possibile; • Toccare neonato e/o mamma solo se ne |

Segue ➤

▶ Segue

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD | |
|---|---|---|--|--|
| Funzioni Corporee e Strutture corporee | | <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i segni corretti di attacco, posizione, suzione • Conoscere e prevenire le principali patologie del seno | <ul style="list-style-type: none"> • cessario e previo consenso; • Informare la puerpera della posizione corretta del neonato al seno; • Valutare la corretta posizione del neonato al seno; • Valutare il corretto attacco del neonato al seno; • Rilevare eventuali difficoltà; • Valutare lo stato di benessere di puerpera e neonato. • Consigliare l'utilizzo di una fascia per l'allattamento • Guidare la mamma alla percezione tattile dei corretti segni di attacco, posizione, suzione • Insegnare la spremitura manuale del seno • Insegnare i segni e i sintomi delle principali patologie del seno focalizzandosi sui segni e sintomi percepibili non visivamente • Invitare la donna a partecipare a gruppi alla pari • Descrivere in cartella ostetrica | |
| | dei sistemi: Genito - riproduttivo | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> • involuzione uterina • lochiazioni | <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere i cambiamenti fisici a seguito del parto • Rilevare autonomamente con palpazione l'involuzione uterina • Interpretare quantità, odore dei lochi • Avere informazioni riguardo contrattura uterina, perdite ematiche vaginali • Essere informata riguardo alla fertilità e contraccezione | <ul style="list-style-type: none"> • Insegnare la palpazione dell'utero. • Controllo, in presenza di segni o sintomi, delle lochiazioni e palpazione del fondo uterino. • Informare della quantità e odore normale delle lochiazioni. Spiegare l'evolversi delle loro caratteristiche durante il puerperio. • Informare la donna del metodo contraccettivo L.A.M. e delle altre possibilità di contraccezione • Documentare in cartella |
| | urinario | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> • minzione spontanea | <ul style="list-style-type: none"> • eliminare urina in tempi adeguati • conoscere l'importanza di svuotare frequentemente la vescica. | <ul style="list-style-type: none"> • Promuovere esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico. • Documentare in cartella |
| | dei sistemi: Neuro-muscoloscheletrico e correlate al movimento | Regolare struttura e funzionamento correlato ad <ul style="list-style-type: none"> • motilità attiva • mobilitazione spontanea e autonoma | <ul style="list-style-type: none"> • mobilitarsi precocemente e in modo autonomo • riferire problematiche muscolo-scheletriche. | <ul style="list-style-type: none"> • Informare dell'importanza del movimento; • Guidare la donna alla ripresa dell'autonomia negli spostamenti, con il neonato • Favorire il movimento • Aiutare la donna nell'assumere la posizione che ritiene più comoda per allattare • Garantire un ambiente privo di barriere architettoniche |
| | della cute | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> • cute | <ul style="list-style-type: none"> • riferire alterazioni cutanee | ----- |
| | delle strutture correlate | Regolare struttura e funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> • Capelli • mucose | <ul style="list-style-type: none"> • riferire alterazioni degli annessi cutanei | ----- |
| | Apprendimento e applicazione delle conoscenze Compiti e Richieste generali | Regolare funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> • alla capacità di comprendere e intraprendere compiti articolati | <ul style="list-style-type: none"> • Comprendere gli interventi medico-assistenziali a cui è sottoposta e fornire un consenso informato • Comprendere la sua situazione clinica • Comprendere la situazione clinica del neonato | <ul style="list-style-type: none"> • Fornire l'informazione per il consenso e rispondere a dubbi-domande della signora • Fornire informazioni riguardo alla situazione clinica della puerpera; • Fornire informazioni riguardo allo stato di salute del neonato • Documentare in cartella |
| Attività e Partecipazione | Comunicazione | Regolare funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> • comunicazione verbale e non verbale | <ul style="list-style-type: none"> • Esprimere malessere, benessere, dubbi, domande. • Comunicare tempestivamente segni e sintomi d'allarme | <ul style="list-style-type: none"> • Mettere la donna in condizione di poter comunicare liberamente. • Parlare direttamente alla donna. Anche se sono presenti altri membri della famiglia l'ostetrica si deve rivolgere direttamente alla mamma • Parlare normalmente, senza modificare il tono della voce o parlare lentamente. • Comunicare con parole semplici e assicurarsi che la donna comprenda. • Essere disponibile a fornire chiarimenti alla coppia |
| | Mobilità | Regolare Funzionamento correlato a <ul style="list-style-type: none"> • Cambiare e mantenere una posizione • Trasportare oggetti • spostarsi | <ul style="list-style-type: none"> • sedersi, spostarsi autonomamente • gestire e sollevare il neonato. | <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnare la donna alla conoscenza degli ambienti nuovi • Informarla e guidarla alla percezione del mobilio e delle attrezzature • Informare la puerpera dell'importanza dei movimenti; • Rilevare eventuali difficoltà • Garantire ambiente privo di barriere architettoniche • Descriverle in cartella ostetrica |
| | Cura della propria persona | Regolare Funzionamento correlato a | <ul style="list-style-type: none"> • Comprendere l'importanza dell'igiene per la prevenzione delle infezioni | <ul style="list-style-type: none"> • Spiegare alla donna l'importanza dell'igiene personale per prevenire le infezioni e descrivere le informazioni date in cartella. |

Segue ▶

▶ Segue

| Classificazione Internazionale della Salute | Diagnosi Ostetrica | Obiettivi ostetrici La donna sarà in grado di | Interventi Ostetrici\STANDARD |
|---|---|--|---|
| Vita domestica | • Igiene personale e cura del corpo | | • Garantire la privacy per le pratiche igieniche. |
| Interazioni e Relazioni interpersonali | • Regolare capacità di intraprendere relazioni con neonato, marito, operatori sanitari, altri. | <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere l'importanza del contatto pelle a pelle col neonato; • Entrare in relazione con il bambino, • Avere la privacy necessaria per sé e il suo bambino; • Essere sostenuta; • Poter restare con partner e neonato senza essere disturbata dagli Operatori Sanitari. • Sentirsi sicura e supportata • Sentirsi coinvolta attivamente nelle scelte e procedure applicate. <ul style="list-style-type: none"> • Riconoscere i segnali di fame, benessere, malessere del neonato e segni e sintomi allertanti | <ul style="list-style-type: none"> • Favorire il contatto pelle a pelle • Favorire la presenza del partner • Favorire la creazione della relazione mamma-neonato; • Favorire la creazione della relazione papà-neonato; • Garantire un ambiente idoneo e la privacy; • Assistere la donna nei primi cambi del neonato senza interferire o sostituirsi • Informare la mamma della posizione del fasciatoio, dei presidi necessari. • Interferire il meno possibile nella triade genitori-figlio; • Assicurare un'assistenza ostetrica continua • Informare dell'utilizzo del campanello • Soddisfare gli interrogativi della donna fornendo risposte basate sulle evidenze scientifiche • Essere disponibili all'ascolto della coppia • Informare la donna delle procedure coinvolgendola attivamente nei processi decisionali. • Documentare in cartella • Continuità di assistenza a domicilio • Se la mamma partecipa a un gruppo alla pari o ad un gruppo allattamento informarla quando è il suo turno per fare domande o raccontare delle esperienze. • Informare la donna sui segni- sintomi allertanti del neonato • Informare la mamma sulle misure anti-sids |
| Arre di vita principali | | | |
| Vita sociale, civile e di comunità | Regolare Funzionamento correlato a: • Relazioni sociali | <ul style="list-style-type: none"> • Ambientarsi nel reparto, con le compagne di stanza e gli operatori sanitari • Conoscere le modalità di redazione della 'dichiarazione di nascita' del figlio. | <ul style="list-style-type: none"> • Coinvolgere il partner • Garantire una dimissione precoce e protetta • Guidarla alla conoscenza dei diversi locali • Presentarsi sempre alla donna quando si entra nella sua stanza • Introdurre sempre le persone che sono con noi di fronte alla donna • Fornire informazioni in merito alla Dichiarazione di nascita. • Documentare in cartella. |
| Prodotti e Tecnologia | Regolare Funzionamento correlato a: • conoscenza dei macchinari utilizzati e della loro funzione | <ul style="list-style-type: none"> • Conoscere la funzione dei macchinari e del loro utilizzo • Conoscere l'obiettivo degli esami diagnostici effettuati al neonato | <ul style="list-style-type: none"> • Informare sulla funzione dei macchinari utilizzati e delle procedure strumentali messe in atto. • Guidare la donna alla conoscenza delle attrezzature con il tatto • Informare sullo scopo degli screening neonatali e documentare le informazioni in cartella ostetrica |
| Ambiente naturale | • Bisogno di ambiente confortevole e privacy | • Sentirsi a suo agio nella camera a lei assegnata | <ul style="list-style-type: none"> • Mantenere un microclima adeguato alle necessità della donna. • Ambiente non troppo ampio e privo di barriere architettoniche • Trasferire la signora in un altro ambiente solo se strettamente necessario. • Ridurre i rumori e favorire il riposo. |
| Relazioni | • Regolare capacità di intraprendere relazioni interpersonali | • Intraprendere relazioni con il personale sanitario e le degenti. | <ul style="list-style-type: none"> • Erogare assistenza ostetrica continuativa e mantenere un comportamento professionale. • Fornire comunicazioni personali in merito allo stato di salute della donna e del neonato in ambiente riservato e con rispetto della privacy • Favorire le relazioni col partner e col neonato; • Ascoltare la donna; • Rilevare difficoltà relazionali; • Documentarle in cartella |
| Sostegno sociale | • Regolare | • Avere il sostegno necessario da lei richiesto. | <ul style="list-style-type: none"> • Garantire il sostegno del partner; • Fornire sostegno emotivo e pratico. • Continuare ad accompagnare la triade nel puerperio |
| Atteggiamenti | • Regolare atteggiamento | <ul style="list-style-type: none"> • Esprimere il consenso informato alle pratiche assistenziali a cui è sottoposta; • Esprimere il consenso informato alle pratiche assistenziali a cui è sottoposto il neonato, in accordo con il marito. | <ul style="list-style-type: none"> • Informare la donna delle pratiche assistenziali da svolgere; • Chiedere e ottenere il consenso per ogni attività da svolgere riguardanti la puerpera e il neonato. • Documentare ogni pratica svolta in cartella ostetrica. |
| Servizi , Sistemi | | | |

IL CONSENSO INFORMATO: PRINCIPI, REGOLE E PRASSI IN AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA

Anna Maria Di Paolo*

Maria Vicario**

Monica Napolitano***

Laura Bettarelli°

* Presidente Collegio Ostetriche di Perugia

** Operatore professionale esperto AOU/SUN

Direttore attività tecnico-pratiche e di tirocinio CLO e LM
II Università di Napoli

II Università di Napoli

*** Operatore professionale collaboratore Ostetrica

II Università di Napoli

° Consigliere Collegio Ostetriche di Perugia

LEGISLAZIONE DI RIFERIMENTO

Il principio del consenso informato, in quanto manifestazione del diritto di autodeterminazione, trova sicuro fondamento nelle norme della Costituzione della Repubblica Italiana:

- **nell'art. 2** che tutela e promuove i diritti fondamentali della persona umana, della sua identità e dignità;
- **nell'art. 13** che garantisce l'inviolabilità della libertà personale con riferimento anche alla libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica;
- **nell'art. 32** che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, oltre che come interesse della collettività, e prevede la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori, ma li assoggetta a una riserva di legge, qualificata dal necessario rispetto della persona umana e ulteriormente specificata con l'esigenza che si prevedano tutte le cautele preventive possibili atte a evitare il rischio di complicanze.

L'ordinamento giuridico italiano, con la legge del 28 marzo 2001 n. 145, ha ratificato la "Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina" (Oviedo 1997) nella quale si stabilisce come regola generale che:

- "Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla na-

Il consenso informato, con il quale il paziente autorizza il medico ad avviare un programma diagnostico-terapeutico, è conseguenza dell'evoluzione del rapporto medico-paziente che nel corso degli anni si è profondamente modificato. Infatti, mentre nel modello paternalistico, proprio dell'epoca premoderna, il principale obbligo del medico era quello di provvedere in autonomia al benessere del paziente, nel modello proprio dell'epoca moderna si sottolinea il rispetto delle decisioni libere e volontarie del paziente. Una serie di provvedimenti normativi, di carattere nazionale e internazionale, ha reso il consenso informato presupposto per la legittimità dell'attività medica

Parole chiave:

Consenso, Volontà, Percorso diagnostico-terapeutico

tura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso".

- **La Convenzione di Oviedo** stabilisce, inoltre, la necessità del consenso di un "rappresentante" del paziente nel caso in cui questo sia un minore o sia impedito ad esprimersi. Infine la Convenzione stabilisce ancora che "I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione".
- **La legge italiana**, invece, afferma che il consenso deve essere attuale, deve cioè riguardare una situazione presente e non una futura: questo il motivo per cui attualmente non si riconosce validità al testamento biologico.

Nel rispetto della normativa nazionale ed

internazionale vigente in materia di consenso informato, lo stesso deve essere: personale/preventivo/esplicito/specifico/consapevole/libero/completo e attuale.

CONSENSO SCRITTO E VERBALE

Sulla base della inviolabilità della libertà personale è determinante che, quando le condizioni lo consentono, il consenso sia sempre scritto, soprattutto nei casi in cui la procedura diagnostico-terapeutica possa comportare gravi conseguenze per la salute e l'incolumità della persona. Se il consenso è rifiutato, il medico ha l'obbligo di non eseguire o di interrompere l'esame clinico o la terapia in questione. L'inderogabilità della sottoscrizione del consenso informato si può ricondurre ad alcuni specifici casi che in area ostetrica si possono frequentemente verificare, come la necessità di **trasfusione di sangue per emorragia antepartum, intrapartum, post-partum**.

Anche se nell'attuale ordinamento italiano la paziente ha il diritto di non curarsi, nel caso necessiti una emotrasfusione in urgenza/emergenza si configura un conflitto tra libertà di coscienza e salute. Di fronte ad una espressione cosciente di rifiuto alla cura, il medico, che ha il dovere di curare, deve rispettare la volontà del paziente (senza che nessuna autorità legislativa, amministrativa, giudiziaria possa cambiare le cose) purché la decisione sia l'espressione di una volontà accertata e non solo ipotetica. Nelle situazioni di urgenza/emergenza va analizzato l'ordine gerarchico delle fonti del diritto ed esattamente il diritto di autodeterminazione della paziente per il rifiuto alle cure (diritto di lasciarsi morire, non di volere la morte) e i doveri che incombono sul medico che ha l'obbligo di attivarsi e fare, secondo scienza e coscienza, tutto il possibile per la salvaguardia della salute della paziente.

Il rifiuto delle cure da parte della donna (esempio emotrasfusione in presenza di emoperitoneo per rottura di tuba gravida) deve essere oggetto di una manifestazione chiaramente espressa, non equivocabile, attuale, informata e ben compresa, deve, cioè, esprimere:

- una volontà non astrattamente ipotetica, ma concretamente accertata;
- un'intenzione non solamente programmatica, ma specifica;
- una cognizione dei fatti non soltanto "ideologica", ma frutto di informazioni specifiche in ordine alla situazione sanitaria.

Inoltre, il mancato consenso all'emotrasfusione deve seguire e non precedere una informazione sul reale pericolo di vita imminente e non altrimenti evitabile, deve anche essere sempre attuale e non preventivo. Ne deriva, dunque, che, qualora il paziente sia in stato di incoscienza, non sia cioè in condizioni di manifestare coscientemente una volontà già espressa prima dell'evento lesivo e prima di una adeguata e compresa informazione, il diniego non è valido in quanto non reiterato al momento della prestazione.

Va ricordato che, se un conto è l'espressione di un generico dissenso ad un trat-

tamento in condizioni di piena salute e/o in uno stato di malattia con lucidità mentale, molto diverso è il riaffermarlo puntualmente in una situazione di effettivo pericolo di vita.

Dunque, il dissenso alla terapia trasfusionale, seppur salva-vita, deve essere manifestato dall'interessato o da un soggetto diverso (da lui indicato e con dimostrata esistenza del proprio potere rappresentativo) al momento dell'evento lesivo con una articolata, puntuale, espressa dichiarazione dalla quale emerga, in modo non equivocabile, la volontà di impedire la trasfusione anche in ipotesi di pericolo di vita.

Tale manifestazione di volontà deve essere annotata dal medico al quale viene espressa. Nell'attuale clima di Medicina Difensiva, nel caso in cui il diniego, chiaramente espresso, non sia equivocabile ma non sia attuale e scritto, il medico è portato a far prevalere il suo dovere di tutelare la salute.

DELEGA DEL CONSENSO

Il consenso informato ad una determinata cura può essere espresso da un'altra persona solo qualora la stessa sia stata delegata chiaramente dallo stesso paziente. Titolare del bene giuridico tutelato è il paziente, se però egli è un minore, al medico compete la decisione clinica che va adottata tenendo in conto l'opinione dei genitori e ove possibile la volontà del soggetto. Se vi è difformità fra la decisione del soggetto esercente la potestà (genitore o tutore) di rifiutare le cure e il diritto alla vita dell'incapace, il Medico, non potendosi sostituire a lui, deve informare il Giudice competente. Nell'eventualità di urgenza e necessità, il dissenso dei genitori non deve condizionare l'operato del medico, infatti, nel caso non possa intervenire il Giudice, il medico potrà agire sulla base dello stato di necessità.

ECCEZIONE ALL'OBBLIGO DEL CONSENSO

In materia di consenso si elencano, di seguito, delle eccezioni all'obbligo del suo rilascio da parte del paziente:

- le situazioni nelle quali la persona ma-

lata ha espresso esplicitamente la volontà di non essere informata;

- le condizioni della persona siano talmente gravi e pericolose per la sua sopravvivenza da richiedere un immediato intervento di necessità e urgenza indispensabile e indifferibile (consenso presunto);
- le situazioni in cui le cure e/o i trattamenti farmacologici siano di natura routinaria per cui sia consolidata l'informazione ed il consenso sia relativo (consenso implicito);
- in caso di rischi che riguardano conseguenze atipiche, eccezionali ed imprevedibili di un intervento chirurgico che possono generare nel paziente ansie e timori inutili. Su espressa richiesta del paziente il medico deve fornire tutte le informazioni relative all'intervento;
- i trattamenti sanitari obbligatori (TSO).

APPLICAZIONI PRATICHE IN AREA OSTETRICO-GINECOLOGICA

Al fine di contestualizzare ed analizzare alcune applicazioni pratiche del consenso informato in area ostetrico-ginecologica, si riportano di seguito alcuni esempi per specifici ambiti assistenziali:

Area di Prevenzione primaria: vaccinazione antirosolia

Il "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014" costituisce uno strumento tecnico di supporto operativo all'accordo tra Stato e Regioni in tema di diritto alla prevenzione di malattie per le quali esistono vaccini efficaci e sicuri. La vaccinazione attiva e gratuita per la **eradicazione della rosolia congenita** è offerta a tutti gli adulti non immuni in tutte le occasioni possibili. Nello specifico per l'eradicazione della rosolia e per ridurre, quindi, i rischi di rosolia in gravidanza e di rosolia congenita si propone la vaccinazione a tutte le donne in età fertile che non hanno una documentazione di vaccinazione o di sierologia positiva per rosolia (procrastinando la possibilità di intraprendere una gravidanza per 1 mese). In questo caso devono essere approntati specifici programmi per vaccinare:

- le puerpere e le donne che effettuano



La centralità del consenso informato ai fini della liceità del trattamento preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo e, per converso, la sempre maggiore puntualizzazione degli obblighi informativi gravanti sugli Operatori Sanitari, hanno portato giurisprudenza e dottrina più recenti ad interrogarsi sui profili problematici inerenti sia la natura della responsabilità connessa alla violazione degli obblighi di informativa in campo medico che la ripartizione, in tali casi, dell'onere della prova nonché ad analizzare le condizioni di sussistenza di detta responsabilità

una interruzione di gravidanza senza evidenza sierologica di immunità o documentata vaccinazione;

- tutte le donne suscettibili esposte ad elevato rischio professionale (scuole);
- tutti gli operatori sanitari suscettibili.

Sarebbe auspicabile che a tutte le donne che vengono prese in carica da un servizio di PMA sia offerta la vaccinazione anti-tirosolia che, unitamente all'assunzione di acido folico 3 mesi prima dell'auspicato concepimento (prevenzione DTN), rappresentano strumenti di prevenzione primaria in fase preconcezionale.

Area ginecologica: patologia cervicovaginale e vaccinazione contro il papilloma virus umano (HPV)

Tre le novità contenute nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014, la prima riguarda il vaccino contro l'HPV (papillomavirus): grazie ad uno stanziamento ad hoc il vaccino viene fornito tra l'altro gratuitamente a tutte le dodicenni.

Gli studi fin qui effettuati hanno evidenziato che, per sfruttarne al massimo l'efficacia preventiva, il vaccino va somministrato prima che la persona entri in contatto con il virus, cioè quando la donna non ha ancora avuto rapporti sessuali. La vaccinazione ha infatti lo scopo di prevenire l'infezione e non di curarla. Il vaccino viene somministrato mediante tre iniezioni intramuscolari nel muscolo deltoide da effettuare nel giro di sei mesi, a distanza rispettivamente di due e sei mesi a partire dalla prima somministrazione.

Nel dicembre 2013, l'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) ha approvato una nuova posologia del vaccino bivalente contro il papillomavirus umano, limitatamente alla fascia di età 9-14 anni inclusi. Nel marzo 2014, l'EMA ha approvato una nuova posologia anche per il vaccino tetravalente, limitatamente alla fascia di età 9-13 anni inclusi, in entrambi i sessi.

L'operatore sanitario che richiede il consenso informato deve conoscere le specifiche raccomandazioni, controindicazioni ed effetti collaterali del vaccino.

RACCOMANDAZIONI: le persone vaccinate devono comunque adottare le op-

portune misure di prevenzione primaria delle malattie sessualmente trasmesse ed attenersi scrupolosamente ai programmi di screening per il cancro del collo dell'utero, per individuare possibili lesioni provocate da tipi di virus HPV per i quali il vaccino non conferisce protezione.

CONTROINDICAZIONI: è opportuno rimandare la vaccinazione in presenza di malattie acute febbrili o disturbi generali giudicati dal medico importanti. Controindicazione specifica è l'allergia ad uno dei componenti del vaccino. La vaccinazione deve essere sospesa in coloro che hanno manifestato una reazione allergica o gravi reazioni avverse riferibili alla somministrazione di un vaccino.

EFFETTI COLLATERALI: in seguito all'inoculo del vaccino si potrebbe verificare un rialzo della temperatura (iperpiressia), oppure reazioni nel sito di iniezione quali: eritema, dolore, gonfiore, più raramente prurito o sanguinamento. È inoltre possibile, seppure molto raramente, il verificarsi di reazioni allergiche cutanee come orticaria, o respiratorie come broncospasmo.

Area ostetrica: patologia cervicovaginale e biopsia mirata del collo dell'utero in gravidanza

Ogni donna all'inizio della gravidanza, ove non abbia eseguito un Pap-test con esito negativo nei due anni precedenti, deve essere sottoposta, oltre ai comuni esami clinici, strumentali e di laboratorio, ad un prelievo citologico per eseguire il Pap-test. È dimostrato che la gravidanza non de-

termina un aggravamento delle lesioni displastiche della cervice ma alla donna gravida, in presenza di Pap-test anormale, viene consigliato di sottoporsi ad esame colposcopico e se necessario a biopsia sotto guida colposcopica.

Le biopsie escervicali generalmente non provocano sintomatologia dolorosa, talvolta però possono provocare sanguinamento per lo più modesto. La donna gravida con pap-test anomalo o lesioni in atto non identificate deve essere informata in merito alle modalità, alle caratteristiche e alle finalità dell'esame colposcopico e degli eventuali prelievi biotipici e deve dare il consenso o dissenso, per iscritto, all'esecuzione della biopsia stessa.

Profilassi anti-D

L'immunoprofilassi anti-D deve essere attuata entro 72 ore dall'evento immunizzante. La gravida Rh negativa con partner Rh positivo deve quindi fare l'immunoprofilassi entro 72 ore dal parto. Durante la gravidanza l'immunoprofilassi deve essere fatta quando c'è il rischio di contatto tra il sangue materno e quello del feto. In particolare, è raccomandata sempre entro 72 ore dall'evento potenzialmente immunizzante, in caso di villocentesi, amniocentesi o cordocentesi. La profilassi viene effettuata anche in caso di aborto o gravidanza extrauterina poiché l'espressione sui globuli rossi dell'antigene-D si verifica già a partire dalla 6a/7a settimana di gestazione. Le L.G. ISS 2010 raccomandano la immunoprofilassi in gravidanza alla 28a settimana, anche in assenza di fattori potenzialmente immunizzanti come gravi minacce d'aborto e metodi-

che invasive. L'immunoprofilassi alla 28a settimana riduce la percentuale di immunizzazione, nel terzo trimestre di gravidanza, dal 2% allo 0,1%.

Poiché la profilassi si effettua iniettando immunoglobuline, emoderivato ottenuto da sangue umano, esiste un rischio di trasmissione di malattie virali.

In realtà, i donatori sono sottoposti a controlli molto rigidi e il rischio di trasmissione di malattie virali risulta estremamente basso, pari a 1 caso ogni 10 mila miliardi di dosi iniettate. La somministrazione di immunoglobuline anti-D deve in ogni caso essere preceduta da uno specifico consenso informato sia per quanto attiene alle procedure di diagnostica prenatale invasiva che per la profilassi anti D.

SENTENZA RELATIVA ALLA MANCATA ACQUISIZIONE DEL CONSENSO

Al fine di contestualizzare la necessità/opportunità di acquisizione di un consenso informato personale/preventivo/esplicito/specifico/consapevole/libero/completo e attuale per l'area ostetrica, si può fare riferimento alla sentenza del Tribunale di Venezia, Sezione San Donà di Piave, 30/3/2009, nella causa civile iscritta al n. 16591/2005 del Ruolo Generale, avente per oggetto la responsabilità professionale.

SINTESI DEL PROCESSO

L'attrice citava in giudizio l'Azienda Ulss XX quale gestore dell'Ospedale Civile, il ginecologo XX e l'ostetrica XX, deducendo di avere subito lesioni personali e altri danni per effetto della condotta del medico e della ostetrica, e comunque dell'Azienda che gestiva la struttura e per la quale essi operavano, e ciò in occasione dell'assistenza al parto dell'attrice, avvenuto il 9/2/2002, in occasione del quale era stata praticata episiotomia in assenza di consenso informato, cui era seguita una serie di complicanze con esito in incontinenza fecale permanente, parzialmente corretta da successivo intervento di riparazione sfinteriale.

La causa è stata istruita, tra l'altro, con CTU medico legale.

Il CTU designato dal Giudice ha, nelle sue conclusioni, affermato che l'episiotomia è un intervento chirurgico e non vi è ragione di non annoverarla fra i trattamenti sanitari, i quali a mente della Costituzione non possono essere praticati se non previo consenso debitamente informato. In concreto per tale intervento la paziente non fu previamente informata in ordine alla opportunità di praticarlo, ciò che ella avrebbe potuto fare solo alla luce di una corretta e completa prospettazione di vantaggi e svantaggi; né, di conseguenza, vi fu richiesta del consenso.

L'aver praticato un intervento pre-disponente alla lesione, senza il consenso della paziente, secondo il CTU ha concretizzato un comportamento colposo, che come tale va ascritto ai convenuti tutti.

omissis

Pertanto il Tribunale:

condanna i convenuti in solido a rifondere alla attrice la complessiva somma di euro 213.504,45 oltre interessi e rivalutazione sulle poste di danno non patrimoniale e da esborsi. Condanna i convenuti in solido a sostenere le spese di CTU, come già liquidate, e a rifondere all'attrice le spese di difesa, per euro 840,00 per CTP, 108,00 per accertamenti in sede di CTU, oltre spese legali che liquida in euro 4.631,00 per diritti, 136,61 per spese imponibili, 519,21 per spese esenti, 18.055,00 per onorari, oltre spese generali, IVA e CPA.

CONCLUSIONI

La centralità del consenso informato ai fini della liceità del trattamento preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo e, per converso, la sempre maggiore puntualizzazione degli obblighi informativi gravanti sugli Operatori Sanitari, hanno portato giurisprudenza e dottrina più recenti ad interrogarsi sui profili problematici inerenti sia la natura della responsabilità connessa alla violazione degli obblighi di informativa in campo medico che la ripartizione, in tali casi, dell'onere della prova nonché ad analizzare le condizioni di sussistenza di detta responsabilità.

Ai fini della responsabilità civile si può affermare che il medico che sottoponga il paziente ad un trattamento chirurgico in assenza di consenso informato, ovvero diverso o ulteriore rispetto a quello in relazione al quale era stato prestato il consenso informato, nel caso in cui l'intervento, eseguito nel rispetto dei protocolli e delle *leges artis*, si sia concluso con esito fausto, sarà comunque tenuto al risarcimento dei danni conseguenti in modo documentato. Ai fini della configurazione della responsabilità del medico per omessa o inesatta informazione, è del tutto indifferente che il trattamento medico sia stato eseguito correttamente o meno, dato che lo stesso trattamento è stato comunque eseguito in violazione tanto dell'art. 32, 2° co., Cost., quanto dell'art. 13 Cost. e dell'art. 33, l. 23 dicembre 1978, n.833.

Sulla base di tali assunti, anche costituzionali, si deve considerare il consenso informato come espressione di libertà.



Il riferimento alla sentenza del Tribunale è stato necessario per comprendere come non vada mai trascurato il danno soggettivo correlato ad un intervento non assentito come nel caso dell'episiotomia, da cui è derivato un esito fortemente limitante, che ha leso il diritto alla salute ma anche altri diritti fondamentali costituzionalmente riconosciuti

L'obbligo d'informazione, infatti, è volto a tutelare direttamente l'autodeterminazione e la libertà del paziente. Se il consenso informato è presupposto di legittimazione del trattamento medico, e se il diritto all'autodeterminazione è autonomo e distinto dal diritto alla salute, non vi è dubbio sulla violazione del dovere di informazione e di autodeterminazione, anche nel caso in cui l'intervento chirurgico abbia avuto un esito fausto. Il riferimento alla sentenza del Tribunale

è stato necessario per comprendere come non vada mai trascurato il danno soggettivo correlato ad un intervento non assentito come nel caso dell'episiotomia, da cui è derivato un esito fortemente limitante, che ha leso il diritto alla salute ma anche altri diritti fondamentali costituzionalmente riconosciuti. Va infine ricordato che anche nei confronti del paziente-medico vale il consenso informato ad un intervento. Il principio viene affermato dalla Corte di Cassazione con una sen-

tenza di grande rilevanza per i medici. La sentenza 20984/2012 ha accolto il ricorso presentato da un medico piemontese che, dopo aver subito un intervento chirurgico all'interno della struttura in cui lavorava in qualità di radiologo, avanzava una richiesta di risarcimento danni nei confronti dell'ospedale perché a causa della terapia cortisonica somministratagli per curare un'encefalite post influenzale, aveva riportato lesioni ossee di particolare gravità.

bibliografia

1. AA.VV., Guida all'esercizio della professione ostetrica, CG Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 2008
2. D'Ancora L. Medicina Legale Ciampi Editore, 2006
3. FNCO Codice deontologico dell'ostetrica, 2014
4. D'Ancora L. La Cartella Clinica "Aspetti normativi, giurisprudenziali e medico-legali" Quaderni di Medicina Legale Editore Alba, 2004
5. Cardone A. et al. Ginecologia Forense Dalla Clinica agli aspetti medico-legali Dario Morano Editore, 2003
6. Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D. e Vicario M. La disciplina ostetrica - Teoria, pratica e organizzazione della professione. Mc Graw-Hill, Milano, 2011
7. Guana M., Cappadona R., Di Paolo A.M., Pellegrini M.G., Piga M.D. e Vicario M. "La responsabilità dell'ostetrica/o alla luce delle nuove normative", atti Congresso FIOG, Roma, 2008
8. Vicario M., La professione Ostetrica e le linee guida nazionali fondate sulle prove per la gravidanza fisiologica, Atti Congresso Collegio Ostetriche provincia di Roma, 2010
9. Rodriguez D, Professione Ostetrica/o – Aspetti di medicina legale e responsabilità. Eleda . Il.a edizione, 2009
10. Guana M., Colosio A. Proposta di mappatura delle competenze core dell'ostetrica. Lucina, 2/09
11. Pareri tecnici nella professione ostetrica. Lucina 3/2013
12. Marchi A. "Assistenza ostetrica alla gravidanza e valutazione del rischio clinico. Omeopatia e Fiori di Bach per problematiche fisiche, emozionali e spirituali" in: Midwifery Arte Ostetrica Ritrovata, Siena 2012.
13. Vicario M., Perrone M.L. e Napolitano M. "L'ostetrica legale e forense" - Atti Giornata di incontro-dibattito "La responsabilità professionale dell'ostetrica" organizzato dal Collegio delle Ostetriche di Roma - 10 Dicembre 2013
14. Vicario M, Di Paolo A. M. e Bartolucci M. V. "L'organizzazione della professione ostetrica " da Ostetrica e Ginecologia per i corsi di Laurea in Ostetrica a cura di- N. Colacurci et al.- Editrice Sorbona 2013
15. I Libri dell'AOGOI "Il ginecologo e l'Ostetrica: Diritti, Doveri e Responsabilità" - Passoni Editore 2003
- www.cochranelibrary.com
- www.fnco.it
- www.governo.it
- www.iss.it/esps
- www.medline.cos.com
- www.ministerosalute.it
- www.saperidoc.it

LEGISLAZIONE

- Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o. D.M. 14 settembre 1994, n. 740
- Disposizioni in materia di professioni sanitarie e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali, L. 1 febbraio 2006, n. 43
- Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania, D.Lgs. 6 novembre 2007, n. 206
- Codice di Deontologia Medica FNOMCeO anno 2014

ALCUNE SENTENZE SUL TEMA

- Responsabilità medica, consenso informato, intervento chirurgico, diagnosi
Cassazione civile, sez. III, sentenza 04.06.2013 n° 14024
- Consenso informato necessario anche se paziente è medico.
Cassazione civile, sez. III, sentenza 27.11.2012 n° 20984
- Consenso informato, diritto irrettabile della persona, responsabilità
Cassazione civile, sez. III, sentenza 28.07.2011 n° 16543
- Responsabilità del medico, consenso informato, violazione
Cassazione civile, sez. III, sentenza 02.07.2010 n° 15698
- Risarcimento danni e mancanza di consenso informato
Sentenza Corte di Cassazione 20 agosto 2013 n.19220
- Responsabilità per manovra inappropriata durante il parto
Corte di Cassazione, sez. IV Penale, sentenza 12 – 27 febbraio 2014, n. 9695
- Il consenso informato e l'errore del medico
Cass. Civ. sentenza n. 5444/2006)

Ilaria Bariletti

Ostetrica c/o Azienda Ospedaliera di Treviso,
Ospedale "F.M. Passi" di Calcinato

L'ASSUNZIONE DI DROGHE IN GRAVIDANZA

è un fattore di rischio collegato a maggior mortalità e morbilità sia materna che fetale nel periodo perinatale.

La letteratura mostra però come un'adeguata assistenza e trattamento in gravidanza possano fare la differenza sia per le madri che per i loro bambini migliorandone in modo significativo gli outcome di salute. Da qui l'importanza dell'identificare quale può essere la migliore assistenza ostetrica da offrire alla donna in gravidanza.

In Italia il fenomeno dell'utilizzo di sostanze stupefacenti in gravidanza non è particolarmente studiato: c'è infatti un unico studio, con un campione esiguo, che rileva una prevalenza dello 0,4%. In Italia però il 34% degli utilizzatori di droghe sono donne, di cui la maggior parte in età fertile, tra i 18 e i 34 anni.

Se invece si guarda il panorama internazionale, in particolare in America, si arriva al 4-5% di donne che fa uso di sostanze stupefacenti in gravidanza. Compatibilmente con le differenze socio-culturali tra Italia e USA e con l'esiguo campione analizzato nello studio italiano, i dati riguardanti l'utilizzo di droghe in gravidanza evidenziano comunque un problema di salute pubblica.

Con il termine "utilizzo di sostanze" in questo articolo si comprenderanno tutti i pattern di assunzione, dall'utilizzo saltuario su base settimanale alla dipendenza vera e propria caratterizzata da:

- 1) incapacità di regolarsi nelle assunzioni sia nelle dosi che nei tempi;
- 2) cambiamento del normale stile di vita;

- 3) utilizzo continuato nonostante la consapevolezza delle conseguenze;
- 4) sviluppo di una dipendenza a livello fisico con conseguente necessità di assumere sempre maggiori dosi per averne beneficio;
- 5) sviluppo di segni e sintomi di astinenza in caso di mancata assunzione.

EFFETTI DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI

Gli effetti dell'assunzione di droghe in gravidanza si possono dividere in 3 categorie: effetti sulla madre, sulla gravidanza e sul feto. Le sostanze stupefacenti infatti possono compromettere la salute della donna, la sua possibilità di continuare la gravidanza e ave-

re degli effetti non solo sullo sviluppo del feto, ma anche sul bambino, sulla sua crescita e abilità future.

In generale, indipendentemente dal tipo di sostanza assunta, una donna con problemi di uso di droghe è maggiormente a rischio di presentare anemia, un'alimentazione inadeguata, un basso BMI, infezioni al tratto urinario, infezioni e malattie

L'ASSISTENZA OSTETRICA IN GRAVIDANZA alla donna che fa uso di sostanze stupefacenti

Nella pratica comune il problema scomodo dell'assunzione di sostanze stupefacenti in gravidanza è difficilmente identificato dagli operatori nel periodo prenatale ed emerge solo in seguito al parto con conseguenze spesso gravi sugli outcome di salute materni, fetali e neonatali.

È quindi evidente la necessità di identificare una figura professionale che sia punto di riferimento per la donna nel percorso nascita e introdurre strumenti adeguati che siano di supporto agli operatori sanitari. La linea guida NICE del 2010 fornisce numerosi spunti in risposta a questa necessità e raccomanda che sia l'ostetrica, la Drug Liaison Midwife, a ricoprire il ruolo centrale nell'assistenza alle gravide in questa situazione sia come garante della continuità nel percorso nascita che come referente nell'assistenza multidisciplinare per i molteplici bisogni della singola donna.

Parole chiave: Sostanze stupefacenti, Drug Liaison Midwife, Multidisciplinarietà, Screening

sessualmente ed ematologicamente trasmissibili (HIV, epatiti, sifilide, chlamydia trachomatis e gonorrea), oltre ai complessi fattori socio economici (violenza, situazioni familiari difficili, etc.) e psicologici che caratterizzano queste situazioni. Tutti questi elementi espongono la donna e la gravidanza ad un maggior rischio anche di complicanze ostetriche come diabete, preeclampsia, aborto spontaneo, insufficienza placentare, DIPNI, parto pretermine, corionamniosite e tromboembolismo. Il tutto è poi complicato da altri fattori come il tardivo o mancato accesso ai servizi prenatali, la mancanza di fiducia delle donne negli operatori e nel servizio sanitario e la difficoltà di identificazione delle donne con questo problema.

A livello fetale e neonatale le conseguenze sono più gravi se l'esposizione avviene durante il periodo embrionale e l'organogenesi in quanto comprendono danni anche a livello teratogenico mentre durante il periodo fetale gli effetti sono più lievi e vanno da difetti della crescita ad alterazioni nei neurotrasmettitori e nell'organizzazione cerebrale.

La morbilità e mortalità di figli di madre tossicodipendente sono poi gravate da patologie fetali associate (prematrità, malattia delle membrane ialine, sindrome d'aspirazione di meconio e malformazioni congenite) e da un rischio aumentato di MEF e SIDS, oltre agli effetti a lungo termine come una maggior predisposizione a infezioni del sistema respiratorio, asma, otiti e sinusiti, anomalie dello sviluppo staturale, disturbi dell'apprendimento e comportamentali.

Uno dei problemi più temuti nel neonato figlio di madre tossicodipendente è però lo sviluppo di Sindrome da astinenza neonatale (SAN): una serie di manifestazioni cliniche neonatali dovute alla privazione, conseguente al parto, di una sostanza in grado di indurre dipendenza fisica, assunta dalla madre in gravidanza. Il quadro della SAN comprende disturbi neurologici (irritabilità, tremori, sudorazione, tachicardia, ipertono, ipereccitabilità e crisi convulsive tonico-cloniche), gastrointestinali (vomito, diarrea, scarso aumento di peso e difficoltà nell'alimentazione) e respiratori (depressione respiratoria, apnea e tachipnea) ma le manifestazioni differiscono a seconda della sostanza sia per tempi di insorgenza che per caratteristiche cliniche. La SAN più temuta e che si associa più frequentemente con assunzione di droghe è quella derivante dagli oppioidi che insorge nel 55-94% dei neonati esposti.

ASSISTENZA OSTETRICA

La gravidanza di una donna che assume sostanze stupefacenti è quindi una gravidanza ad alto rischio e l'assistenza ostetrica deve mirare a personalizzare gli interventi e la pianificazione in base ai bisogni particolari della donna.

Ecco i punti cardine dell'assistenza Ostetrica identificati dalla letteratura, tra cui la Linea Guida (LG) NICE "Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision for Pregnant Women with Complex Social Factors" del 2010:

1) Women centred care

L'assistenza ostetrica, soprattutto nella delicata situazione di una gravida che fa uso di so-

stanze stupefacenti, deve essere personalizzata il più possibile sui bisogni della singola donna e sulla sua particolare situazione. L'assistenza deve essere quindi pianificata in partnership con la donna, portandola nella condizione di poter compiere, insieme con l'ostetrica e gli altri operatori sanitari, delle scelte informate sul proprio percorso nascita.

Fondamentale è l'ascolto empatico e non giudicante della gravida, della sua condizione e delle sue idee così da poter cogliere tutti gli elementi per poter inquadrare meglio la complessità della situazione e poter pianificare insieme l'assistenza migliore per lei e per il suo bambino, in base ai bisogni e alle priorità identificate. Gli operatori quindi non dovranno mai perdere di vista la sua fragilità e dovranno avere una particolare sensibilità, cercando di creare un rapporto terapeutico con la donna, così da poterla aiutare a sentirsi ascoltata, capita e migliorando così anche la compliance nei confronti dell'assistenza. Solo se la donna lo desidera, è poi possibile coinvolgere il partner o altri membri della famiglia che la aiutino nelle decisioni in merito all'assistenza e che la supportino nel suo percorso.

2) Multidisciplinarietà dell'assistenza

Fondamentale per gestire la complessa situazione di una gravida che fa uso di sostanze stupefacenti e personalizzare gli interventi è la multidisciplinarietà dell'assistenza. Per rispondere alla molteplicità di bisogni della donna è quindi necessario che l'équipe coinvolta nell'assistenza sia composta da varie figure che, lavorando nella stessa sede e secondo dei

protocolli comuni, possano gestire tutti gli aspetti del percorso nascita. Le varie figure coinvolte sono l'ostetrica, il ginecologo, un nutrizionista, gli assistenti sociali, uno psicologo e i servizi di competenza per la gestione delle dipendenze. Per facilitare ulteriormente l'interazione e la coordinazione tra le varie figure, le LG raccomandano l'importanza di mantenere una documentazione comune, raccolta in un'unica cartella aggiornata con tutti gli sviluppi del percorso.

3) Drug Liaison Midwife

Con la multidisciplinarietà c'è però anche il rischio che la donna si senta spaesata, disorientata e non sappia a chi fare riferimento. Per ovviare a questo problema la letteratura raccomanda di nominare un'ostetrica, la Drug Liaison Midwife (DLM), con esperienza nell'ambito e che sia per lei un riferimento, che la assista in gravidanza e che coordini gli altri servizi che si occuperanno di lei. Il nominare un unico operatore sanitario che la prenda in carico permetterà di mantenere la continuità dell'assistenza, favorendo anche la creazione di un rapporto empatico tra la DLM e la donna così che quest'ultima potrà sentirsi più libera nel raccontare e nell'esprimere problemi, paure o necessità. Inoltre, così facendo, la donna non dovrà ripetere più e più volte la sua storia. Sempre per favorire la libera espressione della donna NICE raccomanda di poter avere almeno un colloquio one-to-one, senza che siano presenti familiari, il partner o altre figure. La DLM è inoltre molto importante anche nel coordinare e collaborare con tutti i servizi ed operatori che ruota-

In Italia il fenomeno dell'utilizzo di sostanze stupefacenti in gravidanza non è particolarmente studiato: c'è infatti un unico studio, con un campione esiguo, che rileva una prevalenza dello 0.4%

no attorno alla donna per assicurarsi che riceva tutte le cure necessarie e che non manchi agli appuntamenti fissati anche con gli altri operatori.

4) Screening

Considerando che il fenomeno dell'utilizzo di droghe in gravidanza si sta diffondendo uniformemente nella popolazione, la letteratura, in particolare la LG "Substance abuse during pregnancy: guidelines for screening" (2013), raccomanda di effettuare lo screening al primo appuntamento e ripeterlo poi, idealmente, ad ogni incontro o almeno una volta al trimestre. È importante che lo screening venga sottoposto solo dopo aver instaurato con la donna un rapporto di fiducia, premettendo che la sua risposta rimarrà confidenziale e che le stesse domande vengono poste a tutte le donne per assicurarsi che possano ricevere le cure migliori per loro stesse e per il loro bambino. Al primo colloquio l'ostetrica dovrebbe anche, in seguito al test e indipendentemente dal suo risultato, fornire un adeguato counselling in merito ai rischi materni e fetali correlati all'utilizzo di sostanze in gravidanza, per migliorare la consapevolezza della coppia e influenzarne l'atteggiamento. Molte ricerche, infatti, hanno mostrato che l'educazione prenatale migliora in modo significativo la probabilità che la donna faccia delle scelte salutari sia nell'attuale che nelle future gravi-

danze. Gli strumenti di screening più efficaci sono risultati essere i questionari, uniti all'osservazione clinica. Il test raccomandato è il "4P's Plus" test che indaga 4 ambiti: Parents (I suoi genitori hanno mai avuto problemi con alcool o droghe?), Partner (Il suo partner ha problemi con alcool o droghe?), Past (Ha mai avuto problemi nella sua vita per alcool o utilizzo di sostanze, anche prescritte?) e Present-Pregnancy (Nel mese precedente alla scoperta della gravidanza quante sigarette ha fumato? Nel mese precedente alla scoperta della gravidanza quante birre, vino o liquori ha bevuto? Nell'ultimo mese ha bevuto o fatto uso di sostanze?). L'osservazione clinica deve invece essere mirata a cogliere i segni e sintomi di utilizzo di sostanze che possono essere rilevati nella raccolta dell'anamnesi (frequenti ricoveri, cadute, incidenti o infezioni atipiche, tardivo accesso ai servizi prenatali, anamnesi remota positiva per l'utilizzo di sostanze), negli esami di laboratorio, nelle alterazioni comportamentali (sedazione, ebbrezza, agitazione, comportamento violento, paranoia, ansia, disorientamento, irritabilità, ricerca di prescrizione di farmaci, etc.) e nell'esame obiettivo (pupille dilatate o ristrette, tremori, segni di iniezioni, infiammazione della mucosa nasale, epistassi, tachicardia o ipertensione, alterazioni cutanee, perdita di peso e basso BMI). Lo screening

permette quindi di identificare le gravide che necessitano di un'assistenza specifica e di ulteriori indagini. Il test d'approfondimento raccomandato è l'analisi delle urine che però ha numerosi limiti tra cui il fatto che permette di rilevare solo la presenza di sostanze assunte recentemente (entro 48-72 ore). Un risultato negativo quindi non esclude l'utilizzo di sostanze e un risultato positivo non indica comunque la dose e la frequenza di utilizzo. Il test del capello non è invece raccomandato a causa dei numerosi falsi positivi dovuti alla contaminazione ambientale. Dopo aver raccolto tutti i dati necessari per l'accertamento è importante comunicare onestamente con la donna, esporle i risultati del test e discutere con lei della possibilità dell'esecuzione del test delle urine, nei casi in cui ci fossero delle indicazioni cliniche per l'approfondimento diagnostico. L'esecuzione del test deve essere però preceduta da adeguato counselling alla donna (natura del test, motivazione, obiettivi, possibili risultati), seguito dalla raccolta del consenso; in caso di rifiuto, il test non deve essere effettuato.

5) Avvicinarsi e mantenere i contatti con la donna

Vari studi hanno evidenziato il problema della difficoltà nel far accedere le donne che fanno uso di sostanze stupefacenti ai servizi prenatali e nel mantenere poi i contatti durante il percorso nascita. La LG NICE sottolinea il ruolo della Drug Liaison Midwife in questo compito e in proposito raccomanda alcune premure come per esempio:

- informare la donna e la coppia dei benefici dell'assi-

stenza ostetrica in gravidanza sugli outcome sia materni che neonatali;

- al primo appuntamento fornire alla donna sia un numero di telefono diretto a cui poter contattare la Drug Liaison Midwife a lei dedicata che i numeri del pronto soccorso degli ospedali vicini, così da sapere dove potersi rivolgere in caso di bisogno;
- utilizzare vari metodi (Sms, chiamare direttamente la donna il giorno prima dell'appuntamento, etc.) per ricordare alla donna gli appuntamenti e per fissarne di nuovi in caso non si sia presentata;
- indirizzare precocemente la donna ai servizi di competenza per la gestione delle dipendenze e a un gruppo di sostegno, in quanto le donne che iniziano un percorso di disintossicazione sono quelle che hanno maggior costanza nel presentarsi agli appuntamenti prenatali.

6) Attenzione ai particolari bisogni della donna

Oltre all'assistenza ostetrica raccomandata per una gravidanza a basso rischio dalla LG "Gravidanza Fisiologica" del 2011, gli operatori, nel prendersi cura di una donna con problemi di utilizzo di sostanze stupefacenti, dovranno tener conto anche della molteplicità di bisogni speciali di questa gravidanza ad "alto rischio", in particolare:

- raccogliere l'anamnesi e la storia della donna con attenzione e sensibilità cercando di raccogliere dati sufficienti ad inquadrare sia la storia della sua dipendenza (tipi di sostanze, dosaggi, frequenza, etc.) che la sua situazione familiare e socio-economica;

- rendere consapevole la donna delle sue capacità materne già dalla gravidanza, così da poter porre le basi per un migliore rapporto madre-bambino;
- saper gestire ed indirizzare le paure riportate dalla gravida (paura del coinvolgimento dei servizi sociali e del potenziale allontanamento del bambino, senso di colpa per l'utilizzo di sostanze e per le possibili conseguenze al feto) sia con l'aiuto di altri specialisti ma soprattutto garantendo un'adeguata informazione che possa rassicurare la donna in merito ai possibili effetti delle droghe sul feto, cosa realmente potrebbe accadere una volta nato il bambino (eventuali cure necessarie, bisogni speciali del bambino) e sul ruolo dei servizi sociali.

7) Controlli specifici

L'assistenza ostetrica e i controlli seriati in gravidanza non possono mirare a curare gli effetti già in atto ma possono aiutare a prevenire di più gravi e ad identificare precocemente quelli già avvenuti per poterli poi trattare in gravidanza o dopo il parto. Ecco quindi i controlli raccomandati:

- discutere con la donna, ad ogni incontro, i suoi progressi nella disintossicazione e sostenerla nel percorso, cercando di supportarla nella riduzione graduale dell'assunzione di droghe, nei casi in cui la donna non riesca a smettere. Può essere d'aiuto, per esempio, invitare la donna ad evitare le compagnie con cui assume sostanze, incoraggiarla a tenere un diario dove segnare i progressi e le assunzioni di sostanze, stimolarla nella riduzione della frequenza e dei dosaggi e

suggerirle di diminuire la dose giorno per giorno, cercando di allungare i periodi di astinenza poco a poco;

- effettuare screening periodici per infezioni trasmissibili per via ematica o sessuale (HIV, epatite B e C, sifilide, chlamydia trachomatis e gonorrea);
- effettuare un adeguato counselling nutrizionale per gestire il frequente problema del basso BMI, dell'anemia e dell'alimentazione inadeguata. Valutare poi con un nutrizionista la dieta da proporre alla donna e le eventuali supplementazioni di vitamine e ferro. Potrebbe essere utile misurare ad ogni appuntamento prenatale il peso materno per monitorare l'aumento ponderale;
- effettuare periodici controlli ecografici con cui poter precocemente identificare la maggior parte delle anomalie strutturali e morfologiche per poter, con il pediatra, pianificare il luogo del parto migliore per l'assistenza post natale;
- la donna dovrebbe essere informata che l'utilizzo di sostanze in gravidanza non aumenta il rischio di anomalie cromosomiche e che l'amniocentesi e il prelievo di villi coriali non sono raccomandati di routine ma dipendono solo dalla volontà della coppia;
- effettuare controlli seriati della funzionalità placentare, del benessere e della crescita fetale tramite la misurazione della lunghezza sinfisi-fondo, un'ecografia con biometria, valutazione del liquido amniotico (con misurazione dell'Amniotic Fluid Index) e analisi della velocimetria doppler delle arterie e vene fetali. Tutti questi controlli permettono di iden-

bibliografia

1. Armstrong MA, Gonzales Osejo V, Lieberman L, Carpenter D.M., Pantoja P.M., Escobar G.J. Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. *Journal of Perinatology* 2003, 23(1): 3-9
2. Osservatorio nazionale delle droghe e delle tossicodipendenze. Relazione annuale 2012: evoluzione del fenomeno della droga in Europa. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea 2012
3. Metz V, Kochl B, Fischer G. Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? *Neuropsychiatry* 2012, 2(1): 29-41
4. Morris M, Seibold C, Webber R. Drugs and having babies: An exploration of how a specialist clinic meets the needs of chemically dependent pregnant women. *Midwifery* 2012, 28(2): 163-172
5. Narkowicz S, Plotka J, Polkowska Z, Bizuk M, Namiesnik J. Prenatal exposure to substance of abuse: a worldwide problem. *Environment international* 2013, 54: 141-163
6. Behnke M., Smith VC., Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics* 2013, 131(3): e1009-1024
7. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision for Pregnant Women with Complex Social Factors. London: RCOG Press 2010
8. Washington State Department of Health e Healthy Communities Washington. Substance abuse during pregnancy: guidelines for screening. Olympia: Public Health Nurse Consultant, Washington State Department of Health 2013
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. ACOG committee Opinion 2012, Number 524
10. Shainker S.A., Saia K., Lee-Parritz A. Opioid addiction in pregnancy. *Obstetrical & gynecological survey* 2012, 67(12): 817-825

tificare precocemente i feti a maggior rischio di IUGR e MEF. I controlli seriati dovrebbero iniziare verso la 20a settimana di gestazione ed essere ripetuti ogni 4 settimane. Se c'è un sospetto di IUGR il feto dovrebbe essere rivalutato dopo 2-4 settimane, in quanto con IUGR il rischio di morte perinatale aumenta in modo significativo. Studi hanno dimostrato che il management con la valutazione della velocimetria doppler dell'arteria ombelicale è associato a minor mortalità perinatale. Se si conferma la presenza di IUGR o altri fattori di rischio per cui si decide di terminare la gravidanza ed espletare il parto, la via del parto dovrebbe essere decisa con la donna. Per le donne con presentazione cefalica di vertice e benessere fetale si può proporre di indurre il parto. Il taglio cesareo è indicato nelle circostanze in cui

il benessere fetale risulta essere fortemente compromesso o ci sono altre controindicazioni al parto per via vaginale.

CONCLUSIONE

In Italia ancora non esistono dei servizi che forniscono l'assistenza raccomandata da NICE. Fin da subito però le strutture sanitarie e le ostetriche, nell'ottica del migliorare poco a poco l'assistenza alle gravide che fanno uso di sostanze stupefacenti, possono iniziare ad implementare alcuni elementi, come per esempio la formazione del personale, la raccolta di dati che possano essere la base per prossimi studi e l'analisi del fenomeno, l'implementazione di uno screening universale, l'elaborazione di protocolli comuni tra i servizi e l'inserimento di un'ostetrica dedicata che possa essere la figura di riferimento per la donna nel suo percorso.

NASCERE con la camicia

Anna Rosa Zilioli, Claudio Crescini*

Ostetrica, Coord. AO Treviso (BG)

*Direttore Dipartimento Materno Infantile AO Treviso (Bg)

La storia dell'amniorexi segue la storia dell'ostetricia stessa anche se, a proposito di questa tecnica, poco viene scritto essendo semplice, non costosa e correlata ad un'azione positiva: ridurre le distocie dinamiche e i tempi del travaglio di parto. La review della Cochrane (2013) "Amniotomy for shortening spontaneous labour" però non conferma questa credenza. La revisione sistematica si pone infatti l'obiettivo di determinare l'efficacia e la sicurezza dell'amniorexi in donne con gravidanze singole e travaglio insorto spontaneamente. Dall'analisi non risultano differenze statisticamente significative negli outcomes considerati dalla revisione. Gli autori sconsigliano

quindi l'amniorexi come procedura di routine nell'assistenza in travaglio e raccomandando invece di discuterne i rischi e i benefici con le donne, nei casi in cui ci sia un'effettiva indicazione clinica. Se si aggiunge poi che l'acqua permea la vita dell'essere umano fin dalla sua origine, viene spontaneo chiedersi se sia giusto o meno privare il feto del proprio liquido che, oltre ad essere l'elemento in cui ha vissuto per nove mesi, è protettivo e potrebbe facilitarlo nel suo viaggio più importante e pericoloso, la nascita

Parole chiave: Amniorexi, Liquido amniotico, Acqua, Assistenza ostetrica

SORANO DI EFESO (98-138 D.C.), autore dell'opera "Sulle malattie delle donne" (Gynaecia), scrive della rottura artificiale delle membrane con l'utilizzo di uncin, piante aromatiche e albume d'uovo, come di una tecnica da utilizzare nei casi suggestivi di sproporzione cefalo-pelvica, per viziature del bacino, patologie dimorfiche della gestante o anomalie palpabili del feto.

La storia dell'amniorexi segue la storia dell'ostetricia anche se poco viene scritto, essendo una tecnica apparentemente semplice, non costosa e correlata ad un'azione positiva: ridurre le distocie dinamiche e i tempi del travaglio di parto. "Amniotomy for shortening spontaneous labour" (The Cochrane database of systematic review 2013, Issue 6) si pone l'obiettivo di determinare l'efficacia e la

sicurezza dell'amniorexi eseguita in donne con gravidanza singola e travaglio insorto spontaneamente.

La revisione include 15 studi randomizzati con un campione di 5583 donne mettendo a confronto l'intervento amniorexi con il mantenimento dell'integrità delle membrane amniocoriali valutando i seguenti esiti primari:

- durata del primo stadio del travaglio di parto;
 - rischio di taglio cesareo;
 - indice di Apgar < a 7 a 5 minuti o < a 4 a 1 minuto;
 - soddisfazione materna rispetto all'esperienza parto
- e molti altri esiti secondari fra cui:
- durata del secondo stadio del travaglio;
 - uso di ossitocina e dosaggio utilizzato;
 - parto vaginale strumentale;

- taglio cesareo per sofferenza fetale;
- emorragie post-partum;
- complicanze dell'amniorexi (prolasso del cordone ombelicale, infezioni);
- iperstimolazione uterina;
- anomalie del tracciato cardiaco fetale.

Nella revisione Cochrane non vengono riscontrate differenze statisticamente significative né per gli esiti primari che per quelli secondari.

L'amniorexi non viene quindi raccomandata come intervento di routine nell'assistenza al travaglio di parto insorto spontaneamente, ma come procedura che dovrebbe essere discussa con la donna ogni qualvolta l'operatore riscontri un'indicazione clinica.

Un articolo molto interessante "The less studies effects of Amniotomy", correla an-



Partendo da queste considerazioni e dai risultati della review della Cochrane, ogni operatore di sala parto dovrebbe riflettere attentamente ogni qualvolta pensa all'amniorexi come procedura di routine per l'assistenza in travaglio

ch'esso alla procedura il rischio aumentato del prolasso di funicolo a cui si associa nel 10% dei casi; l'aumento della compressione sul funicolo con possibile distress fetale, l'aumento del rischio di infezione neonatale da GBS, l'aumento della sensazione dolorosa e il rischio di rottura di vasa previa. Sottolinea poi che la consuetudine di effettuare l'amniorexi per valutare la presenza di meconio nel liquido amniotico ha il potenziale di ridurre gli interventi in travaglio, o può esitare in interventi non necessari, quindi anche questa indicazione non trova un razionale in tale procedura. L'articolo infine descrive in modo molto esaustivo la fisica della rottura artificiale delle membrane definendo la modalità migliore per eseguirla ma ribadendo che i rischi non si riducono.

Il razionale dell'amniorexi è quello di accelerare la frequenza e aumentare l'intensità delle contrazioni uterine stimolando il rilascio di prostaglandine e ossitocina e velocizzando la discesa della parte presentata verso la bocca uterina per favorirne la dilatazione.

O'Driscoll e Meagher oltre trent'anni fa a Dublino introducono un modello assistenziale di gestione attiva del travaglio di parto dove l'amniorexi rappresenta una delle procedure costantemente usate per garantire il parto entro le 12 ore. Il contesto organizzativo richiedeva l'assistenza attiva del travaglio di parto.

Ad oggi, il tempo delle fasi del travaglio di parto non è condiviso da tutta la letteratura internazionale, pur avendo dei tempi definiti dal WHO, di conseguenza anche il concetto di accelerazione del travaglio di parto resta un assunto interpretabile soggettivamente.

L'amniorexi trova delle indicazioni relative durante il travaglio di parto: la valutazione delle caratteristiche del liquido amniotico, l'inserimento dell'elettrodo fetal scalp per rilevare e registrare il BCF e l'applicazione dei trasduttori per rilevare la tocografia.

Tale procedura non è però esente da rischi tra cui il prolasso di funicolo, l'asso-

ciazione di ansa di funicolo alla parte presentata, la compressione di anse di funicolo contro la parete uterina, le alterazioni cardiocografiche, la rottura vasa previa, la malposizione della parte presentata e la riduzione della capacità endogena della donna di gestire il dolore.

Mantenere l'integrità delle membrane invece garantisce la protezione meccanica al feto, facilita la rotazione interna, la formazione della borsa anteriore favorendo così la dilatazione cervicale, pre-tende il perineo prima dell'incoronamento della testa aumentando di conseguenza la produzione di ossitocina e protegge dalle infezioni ascendenti.

In uno studio del 1977, Van Meir, sostiene che nella parte del corion a contatto con la cervice si produce l'enzima PDHG (prostaglandina deidrogenasi) che inibisce la produzione di PGE2 impedendo così la maturazione cervicale durante la gravidanza. A termine gravidanza il livello di PDHG si abbassa così che la produzione di PGE2 da parte dell'amnios possa portare alla maturazione della cervice uterina.

Se si procede all'amniorexi questo meccanismo viene meno e ciò potrebbe spiegare perché la rottura artificiale precoce delle membrane, ossia prima di tre centimetri di dilatazione, sia controproducente e aumenti i tempi del primo stadio del travaglio.

Oltre a tutto ciò, ci sono altri elementi che dovrebbero guidarci nella scelta degli interventi assistenziali adeguati, in primis il fatto che l'assistenza ostetrica durante il travaglio di parto dovrebbe favorire l'evolvere dell'evento nascita in modo naturale. Altro elemento da considerare è che l'evoluzione ha selezionato nel tempo i meccanismi di protezione dell'evento nascita biologicamente forti e che l'ansia, il dolore eccessivo e la paura aumentano la produzione di catecolamine materne ("fight-or-flight hormones") che influenzano negativamente l'efficacia delle contrazioni uterine rallentando la progressione del travaglio.

Partendo da queste considerazioni e dai risultati della review della Cochrane, ogni operatore di sala parto dovrebbe riflettere attentamente ogni qualvolta pensa all'amniorexi come procedura di routine per l'assistenza in travaglio.

Negli ultimi vent'anni il parto in acqua ha prodotto molta letteratura, in particolare sugli effetti benefici che questo elemento arreca al corpo materno sia durante il travaglio che al parto tra cui il rilassamento muscolare, specie nella zona perineale, e la facilità di movimento che migliora la percezione, il controllo del dolore e riduce il tempo del periodo espulsivo. Se l'elemento acqua, per tutte le sue proprietà chimico-fisiche, meccaniche, simbolico-relazionali, produce effetti benefici al corpo materno, per analogia possiamo pensare che il liquido amniotico ne produca almeno altrettanti al feto. Da qui l'idea di non privarlo di quest'elemento fondamentale proprio durante il suo viaggio più importante: la nascita.

Concludendo, l'amniorexi eseguita in travaglio di parto insorto spontaneamente non migliora alcun esito considerato dalla letteratura, ma priva il feto dell'elemento fondamentale acqua, lo stesso neonato che poi in alcune strutture nascerà nell'acqua. Quando invece non nasce in acqua, il piccolo viene immerso appena dopo la nascita per il bagnetto, sempre in acqua calda l'elemento a lui più noto e conosciuto.

Non togliamo il liquido amniotico al feto di cui tanto sappiamo ma che tanto ancora ignoriamo.

bibliografia

- Sorano di Efeso. "Sulle malattie delle donne".
- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. "Amniotomy for shortening spontaneous labour". Cochrane database of systematic reviews 2013, Issue 6.
- Judi Slome Cohain "The less studied effect of Amniotomy" Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine, Novembre 2013
- Odent M. "L'acqua e la sessualità". Red Edizioni, 1991

L'ATTIVITÀ SESSUALE NEL POST-PARTUM: un'analisi evidence-based

Maria Adriana Burgio*

Angelina Sicilia**

Antonio Simone Laganà***

*Ostetrica, A.R.N.A.S. Ospedale Civico di
Cristina Benfratelli - Palermo

**Coordinatrice C.d.L. in Ostetricia,
Università di Messina

*** U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia - Dip.
di Scienze Pediatriche, Ginecologiche,
Microbiologiche e Biomediche,
Università di Messina

MOLTE DONNE NEL PERIODO DOPO IL PARTO

sperimentano problematiche legate alla sfera sessuale. Tuttavia in ambito sanitario vi è una carenza di consapevolezza, sia perché le donne non cercano aiuto, probabilmente a causa dell'imbarazzo e delle preoccupazioni legate alla cura del neonato, sia per la scarsa attenzione da parte degli operatori sanitari. I professionisti d'area medica, infatti, dovrebbero essere più consapevoli di questo problema che affligge silenziosamente molte donne e che può avere un effetto negativo sulla qualità del loro benessere fisico, sociale ed emotivo [1]. Inoltre, sarebbe auspicabile una maggiore consapevolezza sulla strettissima relazione tra la modalità d'espletamento del parto ed il variabile rischio di insorgenza di disfunzioni della sfera sessuale; sebbene le evidenze in letteratura siano discordanti, recentemente [2] è stato confermato che le donne che hanno avuto un parto vaginale operativo sono a maggior rischio di dispareunia. A tal proposito, la ripresa dell'attività sessuale nel post-

L'attività sessuale dopo il parto è spesso un aspetto sottovalutato, sia dai professionisti d'area medica che dalle donne, le quali molte volte sono restie ad affrontare la tematica con le ostetriche e i ginecologi. Molti tralasciano il fatto che la difficoltà a riprendere i rapporti di coppia può influenzare in modo negativo il benessere fisico, psicologico e sociale della donna, nonché l'adattamento della coppia al ruolo di genitori. Numerosi Autori hanno ipotizzato varie cause che possono essere alla base delle disfunzioni sessuali nel post-partum (modalità di parto, sfera psicologica, allattamento al seno), sebbene tutt'oggi le conclusioni siano ancora discordanti. La presente analisi mira a riassumere le evidenze disponibili in letteratura sull'argomento

Parole chiave: Attività sessuale, Post-partum, Parto vaginale, Parto operativo, Taglio cesareo

partum e i relativi problemi che possono insorgere in seguito al parto sono stati oggetto di studio e di ricerche negli ultimi anni, con lo scopo di garantire alle coppie il ritorno alla normalità e di potersi adattare serenamente al nuovo ruolo, quello di genitori. Uno studio [3] ha messo in evidenza come i comportamenti sessuali cambino già a partire dalla gravidanza, fino a un anno dopo dal parto. L'at-

tività sessuale diminuisce col progredire della gestazione, ricomincia circa 6-8 settimane dopo il parto, ma il ritorno ai livelli pregravidici è molto lento, circa un anno dopo il parto. Le cause di negazione ai rapporti sessuali da parte delle donne sono molteplici: dolore a livello delle cicatrici in zona vagino-perineale, paura di un'altra gravidanza, alterazioni dell'immagine corporea. Anche l'allattamento al

seno influenza negativamente l'attività sessuale del post-parto, probabilmente per l'elevata presenza in circolo di prolattina e il persistente ipoestrogenismo. **L'ipoestrogenismo da allattamento**, inoltre, potrebbe essere la causa della correlazione tra dispareunia e allattamento al seno, come suggerito da Connolly et al. [4]. Secondo altri Autori [5], anche l'età e i problemi sessuali durante la gravidanza sembrano essere fattori che possono aumentare la possibilità di difficoltà nel rapporto di coppia durante il periodo del post-partum. Inoltre, secondo i dati forniti da Chivers et al. [6] è emerso che tali problemi della sfera sessuale sono particolarmente evidenti in donne con depressione post-partum. Un fattore che incide positivamente sulla ripresa del rapporto di coppia, invece, è la richiesta da parte del partner di avere rapporti sessuali [7]; si è vista inoltre un'associazione tra la cessazione delle lochiazioni e la ripresa dei rapporti sessuali, mentre non vi è alcuna correlazione con la comparsa delle mestruazioni [8]. Altri stu-

di in letteratura hanno incentrato l'analisi sulla relazione tra i vari tipi di parto e gli esiti che questo poteva avere sulla vita sessuale delle donne nel post-partum. Le conclusioni emerse da tali studi sono discordanti.

Un gruppo di studio [9] ha indagato sulla qualità sessuale a 12-18 mesi dal parto in due gruppi di donne: un gruppo a cui era stata eseguita l'episiotomia e un gruppo a cui non era stata eseguita. Dai dati analizzati è emerso che le donne con episiotomia hanno riportato una maggiore frequenza di dispareunia e di insufficiente lubrificazione rispetto alle donne senza episiotomia. In conclusione si è visto che l'episiotomia, le lacerazioni perineali e la pressione sul fondo uterino durante il periodo espulsivo, sono fattori che aumentano il rischio di dispareunia a 12-18 mesi dal parto.

Da un'altra ricerca [10] non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa tra donne nullipare, donne che hanno partorito spontaneamente e donne che hanno espletato il parto per via laparotomica per quanto riguarda la funzionalità sessuale. Inoltre, il grado di soddisfazione sessuale non sembrava essere influenzato dalla forza dei muscoli del pavimento pelvico, la quale è risultata significativamente più bassa nel gruppo di donne che ha partorito per via vaginale rispetto agli altri due gruppi.

Un altro studio [11] ha valutato il comportamento sessuale a 6, 12 e 24 mesi dal parto mediante il "Female Sexual Function Index" (FSFI) di cinque gruppi di donne: donne che

hanno partorito per via vaginale senza episiotomia, donne che hanno partorito per via vaginale con episiotomia, donne che hanno partorito con parto operativo, donne che hanno partorito con taglio cesareo in emergenza e, infine, donne che hanno partorito con taglio cesareo elettivo. L'analisi di tali dati ha messo in evidenza che tra i vari tipi di parto non esistono evidenze statisticamente significative riguardo l'attività sessuale nel periodo del post-parto. In particolare, il taglio cesareo elettivo non è stato associato ad un effetto protettivo della funzionalità sessuale dopo il parto, come confermato anche da altri Autori [12].

Uno studio simile [13] è stato effettuato su un campione di 912 coppie, divise per i medesimi cinque gruppi del precedente studio, a cui sono stati sottoposti due questionari: alle donne il FSFI e ai partner

l'"International Index of Erectile Function" (IIEF). I dati emersi dall'analisi dei questionari risultano discordanti rispetto ai dati del precedente studio: le donne con parto vaginale e taglio cesareo di emergenza, infatti, sembrano avere ottenuto uno score FSFI inferiore rispetto alle donne che hanno partorito con taglio cesareo programmato; inoltre, i livelli di dispareunia sembrano essere più alti nelle donne che hanno partorito con parto vaginale operativo e più bassi in donne con taglio cesareo elettivo. Anche nei partner il tipo di parto ha influenzato l'attività sessuale, riportando dati simili a quelli delle donne (probabilmente tale dato è fortemente inficiato dalla negazione all'attività sessuale da parte del partner femminile). Un altro studio simile [14] sembra confermare l'ipotesi dell'effetto protettivo dal taglio cesareo riguardo la soddisfa-

zione sessuale rispetto al parto vaginale e al parto vaginale operativo.

Nella nostra esperienza [15], invece, non abbiamo evidenziato una diretta e significativa correlazione tra la modalità di parto e le disfunzioni sessuali femminili (FSD) nel post-partum, sebbene le donne che hanno partorito per via vaginale con episiotomia mostrino livelli più bassi di FSFI score rispetto agli altri gruppi di donne. Infine, altri Autori hanno incentrato i loro studi sull'aspetto emotivo, psicologico e sociale che può influenzare la ripresa della normale attività sessuale nel periodo dopo il parto.

Secondo i dati di Fauconnier et al. [16], si è visto che la dispareunia, a un anno dal parto, sembra essere influenzata più dallo stato occupazionale della madre e dalla sua esperienza del parto piuttosto che dal tipo di parto e dai traumi

bibliografia

- 1 Abdool Z, Thakar R, Sultan AH. Postpartum female sexual function. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;145(2):133-7
- 2 Langrová P, Vrublová Y. [The effect of mode of delivery on woman's sexuality]. *Ceska Gynekol.* 2013;78(6):584-8
- 3 Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol.* 1989;3(4):805-21
- 4 Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16(4):263-7
- 5 Acele EÖ, Karaçam Z. Sexual problems in women during the first postpartum year and related conditions. *J Clin Nurs.* 2012;21(7-8):929-37
- 6 Chivers ML, Pittini R, Grigoriadis S, Villegas L, Ross LE. The relationship between sexual functioning and depressive symptomatology in postpartum women: a pilot study. *J Sex Med.* 2011;8(3):792-9
- 7 Woranitat W, Taneapanichskul S. Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thai.* 2007;90(9):1744-8
- 8 Grudzinskas JG, Atkinson L. Sexual function during the puerperium. *Arch Sex Behav.* 1984;13(1):85-91
- 9 Ejegård H, Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term follow-up. *Gynecol Obstet Invest.* 2008;66(1):1-7
- 10 Baytur YB, Deveci A, Uyar Y, Ozcakir HT, Kizilkaya S, Caglar H. Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;88(3):276-80
- 11 Lurie S, Aizenberg M, Sulema V, Boaz M, Kovo M, Golan A, Sadan O. Sexual function after childbirth

perineali. Da un altro studio, che ha analizzato il desiderio sessuale delle donne a 3 mesi dal parto, è emerso che la libido non è influenzata in modo significativo dall'allattamento, da problemi vaginali e dallo stress, bensì dalla percezione della sessualità da parte del loro partner [17].

Sulla base della nostra analisi, appare una chiara discordanza delle evidenze presenti in letteratura sull'argomento. Tale discordanza potrebbe derivare da una differenza di metodo d'analisi dei differenti studi, e da una sovrapposizione dei fattori di rischio nelle diverse popolazioni analizzate. Sebbene non vi sia un consenso unanime, allo stato attuale sembrano essere confermati i parametri cardine sui quali incentrare l'analisi dei fattori di rischio per l'insorgenza di disfunzioni della sfera sessuale nel post-partum: in primis la modalità di espleta-

mento del parto stesso (soprattutto in relazione agli effetti dell'evento parto sulla statica del pavimento pelvico, e sulle possibili alterazioni anatomico-funzionali in caso di lacerazioni e parto operativo), ma sembra acquisire un ruolo di primo piano anche l'allattamento e la definizione del "microcosmo" in cui la neo-mamma e la coppia si trovano ad interagire (stato occupazionale della madre, aiuto nell'accudimento della prole). Appare altresì evidente che vi è la necessità di ulteriori studi su ampie casistiche che possano definire in maniera adeguata e puntuale il ruolo dei singoli fattori di rischio e le complesse interrelazioni fra gli stessi, al fine di ottenere un management evidence-based delle possibili disfunzioni della sfera sessuale nel post-partum e garantire una migliore qualità della vita alle coppie di nuovi genitori.

- by the mode of delivery: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;288(4):785-92
- 12** Hosseini L, Iran-Pour E, Safarinejad MR. Sexual function of primiparous women after elective cesarean section and normal vaginal delivery. *Urol J.* 2012;9(2):498-504
- 13** Safarinejad MR, Kolahi AA, Hosseini L. The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands. *J Sex Med.* 2009;6(6):1645-67
- 14** Crane AK, Geller EJ, Bane H, Ju R, Myers E, Matthews CA. Evaluation of pelvic floor symptoms and sexual function in primiparous women who underwent operative vaginal delivery versus cesarean delivery for second-stage arrest. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2013;19(1):13-6
- 15** Laganà AS, Burgio MA, Ciancimino L, Sicilia A, Pizzo A, Magno C, Buttice S, Triolo O. Evaluation of recovery and quality of sexual activity in women during postpartum in relation to the different mode of delivery: a retrospective analysis. *Minerva Ginecol.* 2014 Jun 19. [Epub ahead of print]
- 16** Fauconnier A, Goltzene A, Issartel F, Janse-Marec J, Blondel B, Fritel X. Late post-partum dyspareunia: does delivery play a role? *Prog Urol.* 2012;22(4):225-32
- 17** Hipp LE, Kane Low L, van Anders SM. Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *J Sex Med.* 2012;9(9):2330-41

LOMBOSCIATALGIA IN GRAVIDANZA: esercizi posturali per profilassi e il trattamento

Maria Rosaria Mascolo*
Francesca Caula**
Velia Ruggeri***

*Ostetrica, D.M.I. ASLAL provinciale di Alessandria, S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia di Novi Ligure. Docente al Corso di Laurea in Ostetricia e al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Scuola di Medicina e Farmacologia, Università di Genova
**Ostetrica, ASO S. Croce e Carle di Cuneo
***Medico specialista in Ostetricia e Ginecologia, ASL TO3 Collegno e Pinerolo, S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia

INTRODUZIONE

La lombosciatalgia è generalmente causata da disfunzioni dell'apparato muscolo-scheletrico, ma in soggetti a rischio possono essere responsabili anche le modificazioni fisiopatologiche della gravidanza. La maggior parte degli studi stima che il 50% delle gestanti avverta tale sintomatologia (1). Tra queste un terzo percepisce forti dolori, che causeranno una riduzione della qualità della vita che influisce negativamente sulla loro routine quotidiana (1). Le cause della lombosciatalgia durante la gestazione non sono sempre individuabili e quando si hanno dei dubbi sull'eziologia di un evento patologico, come in questo caso, è molto importante individuare quali siano i principali fattori di rischio e predisponenti (1). I primi sono da ricercare nella presenza di dolore lombare nell'arco della vita e/o nelle precedenti gravidanze. Anche i traumi e/o problematiche connesse alla zona pelvica e agli arti inferiori sono compresi nei fattori di rischio. I più importanti fattori predisponenti sono: la tipologia di lavoro (2) (3) e l'attività fisica (4) (5). L'eziologia della lombosciatalgia in gravidanza è poco chiara. In letteratura sono stati descritti tre processi differenti: ormonale, vascolare e biomeccanico/muscolo-scheletrico (6). Un'altra possibile causa di lombosciatalgia che si manifesta durante il III trimestre di gravidanza è il malposizionamento del feto in occipito-posteriore e in asinclitismo (7) (8). Secondo alcune teorie e relativi studi la compressione anomala del feto sulle terminazioni nervose del rachide e del bacino può

La lombosciatalgia si manifesta generalmente durante il III trimestre di gravidanza nel 50% delle gestanti. L'efficacia dei trattamenti farmacologici migliora se a questi si affiancano metodologie posturali e riabilitative. Lo scopo dello studio è stato quello di dimostrare che gli esercizi posturali proposti rappresentino una metodica efficace al fine di alleviare la lombosciatalgia in gravidanza. Lo studio ha riguardato 85 donne, dalla 30^a alla 38^a settimana di gestazione, frequentanti i corsi di accompagnamento alla nascita organizzati dalle ostetriche dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL di Savona. Lo studio ha richiesto diverse fasi: individuazione di alcuni esercizi posturali,

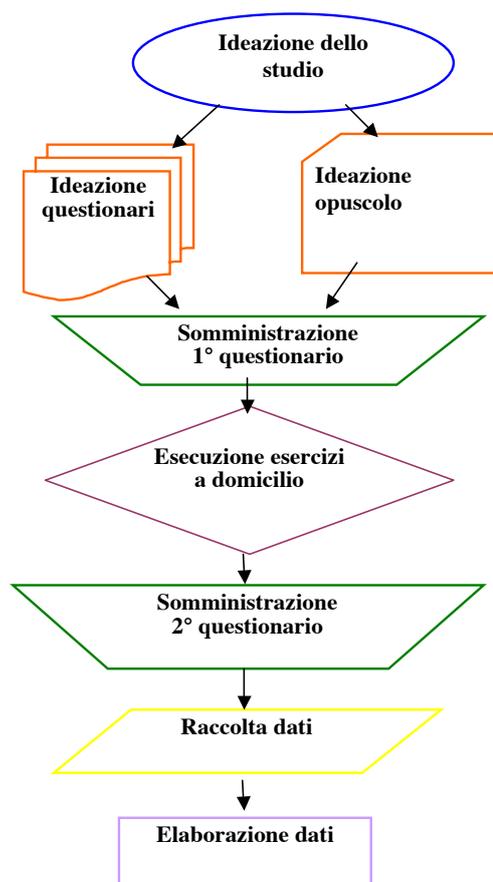
ideazione di due questionari e di un opuscolo illustrativo. Si è proposto alle donne l'esecuzione degli esercizi posturali al primo incontro da effettuare poi con continuità a domicilio. L'efficacia è stata sondata attraverso un questionario somministrato all'ultimo incontro. Dai dati ottenuti emerge che l'83% delle donne intervistate soffrivano di lombosciatalgia in forma leggera. Nonostante i limiti dello studio relativi alla ridotta numerosità del campione si può affermare che la ginnastica posturale sia una metodica efficace. Un'esecuzione costante degli esercizi posturali proposti ha apportato un effetto benefico nel 92% dei casi

Parole chiave: Lombosciatalgia, Esercizi posturali, Gestanti, Ostetriche

provocare non solo la lombosciatalgia, ma anche la pubalgia. Alcuni fattori predisponenti, derivanti da irregolari stili di vita antecedenti alla gravidanza, conseguenti ad attività lavorative e sportive, sono difficilmente correggibili (9). Le donne dovrebbero essere educate all'esercizio fisico corretto prima che si instauri la gravidanza, in quanto è stato dimostrato che lo svolgimento di attività fisica adeguata prima della gestazione è correlato con una diminuzione del

rischio di incidenza del dolore alla zona lombare (8) (10). La medicina convenzionale, con la prescrizione del medico-ginecologo, cura questa patologia attraverso la somministrazione di farmaci (11) al solo scopo di alleviare il dolore, ma non previene né riduca. La prevenzione e la rieducazione avvengono attraverso l'esercizio fisico e su questo argomento sono stati pubblicati numerosi studi (12) che descrivono diverse attività: ginnastica posturale e fitness (8) (13),

Figura 1 - Diagramma di flusso



Autori: Maria Rosaria Mascolo, Francesca Caula, Velia Ruggeri

yoga e aerobica in acqua (8) (14). Gli Autori concludono affermando che sono necessari studi futuri per stabilire quale programma di attività fisica sia da considerare più appropriato per la prevenzione, e per valutare il tipo e la durata dell'attività prescelta. Le ostetriche sono a conoscenza del beneficio generato dall'esercizio fisico nei confronti dei disturbi osteo-articolari che frequentemente si presentano durante la gravidanza: per questo motivo all'interno dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) si dovrebbe riservare uno spazio pratico per l'esecuzione di esercizi posturali, consapevoli del loro effetto benefico sulle tensioni muscolari. Il termine "ginnastica posturale" indica esercizi che dovrebbero incidere sulla postura. Questo tipo di ginnastica allena a concentrarsi sulle sensazioni che provengono dal proprio corpo durante un movimento oppure nell'assunzione di una postura, favorendo di conseguenza un rilassamento. I principali obiettivi della ginnastica posturale sono quelli di migliorare: la percezione del corpo, l'abilità posturale, la mobilità articolare e l'elasticità

muscolare. Sono molteplici gli esercizi posturali proposti per le diverse tipologie di casi clinici. Per questo studio sono stati selezionati 8 esercizi finalizzati alla lombosciatalgia descritti da alcuni autori (15) e dall'associazione "Chiropratica" (16) nella ginnastica per la gravidanza.

I primi tre esercizi si eseguono in posizione eretta:

- il primo viene eseguito con le gambe divaricate, i piedi posti alla larghezza delle spalle e le ginocchia leggermente flesse. Le braccia aperte all'altezza delle spalle. Bisogna muovere il bacino prima in avanti e poi indietro, mantenendo sempre la posizione iniziale;
- il secondo prevede la rotazione del bacino formando prima dei piccoli cerchi e poi dei cerchi più grandi, mantenendo sempre la posizione iniziale;
- il terzo consiste nel far aderire tutta la colonna vertebrale (in particolare il tratto lombare) ad una parete liscia e, flettendo le ginocchia, espirando, scivolare sulla parete senza staccare la colonna vertebrale. Poi risalire estendendo le ginocchia, sempre senza staccare la colonna vertebrale dalla parete.

Il quarto, il quinto e sesto esercizio si eseguono in posizione supina:

- il quarto prevede le braccia all'altezza delle spalle e le gambe piegate e unite a squadra verso sinistra. Quindi inspirando lentamente spostarle sempre unite, verso destra. Lasciarle cadere a terra lentamente, espirando;
- il quinto prevede le ginocchia sollevate a squadra, le braccia lungo i fianchi e i piedi appoggiati al pavimento. Inspirando spostare il peso del corpo dall'osso sacro alle vertebre lombari, sollevando i glutei e rimanendo appoggiate sulle spalle. Espirando si torna alla posizione iniziale. Importante in questo tipo di esercizio è l'utilizzo per lo svolgimento del movimento dei muscoli adduttori e non addominali e glutei. Per

questo esercizio usare le raccomandazioni relative all'eventuale compressione della vena cava;

- il sesto prevede le gambe divaricate, con i piedi alla stessa larghezza delle spalle, e piegate a squadra. Dondolare leggermente sull'osso sacro, lateralmente, verso destra e sinistra, respirando lentamente;
- il settimo prevede come posizione di partenza la supina, con le gambe distese a terra e le braccia divaricate all'altezza delle spalle. Successivamente distendere una gamba, piegare l'altra a squadra in modo che la pianta del piede arrivi all'altezza del ginocchio della gamba stessa e ed infine portarla sopra quest'ultima. Per quanto riguarda la respirazione: mentre si solleva la gamba si inspira, si espira mentre la si lascia cadere sulla gamba stesa. Successivamente si inspira mentre si solleva nuovamente la gamba piegata e si espira mentre si torna alla posizione di partenza;
- l'ottavo prevede una posizione inginocchiata con le mani appoggiate al pavimento, dapprima raddrizzare bene la schiena, tenendo la testa sollevata in avanti, inspirando. Successivamente incurvare la schiena (facendo la "gobba") e passare la testa fra le braccia, espirando. Tornare lentamente alla posizione iniziale inspirando.

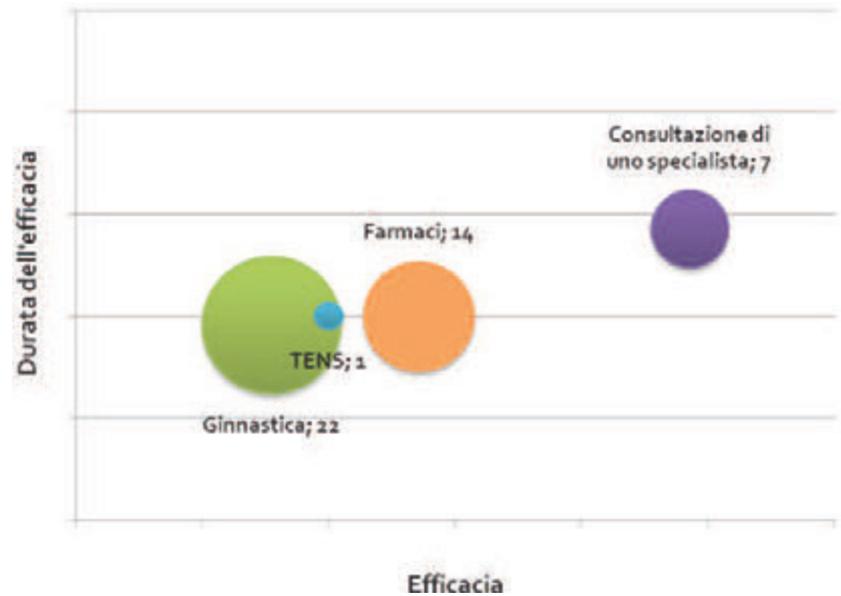
Questi esercizi sono stati proposti alle gravide al primo incontro del CAN. Il suggerimento dell'ostetrica era quello di eseguirli giornalmente a domicilio oltre che agli incontri settimanali, in un momento di tranquillità e su una superficie rigida. Al termine delle 8 settimane di durata del CAN si è valutata l'efficacia degli esercizi attraverso un questionario.

Lo scopo dello studio è stato riconoscere i soggetti a rischio e dimostrare che gli esercizi posturali proposti rappresentino una metodica efficace al fine di alleviare la lombosciatalgia in gravidanza.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato suddiviso e strutturato in diverse fasi sintetizzate nel diagramma di flusso (Figura n.1).

I FASE: consultazione delle evidenze

Figura 2 - Correlazione tra l'efficacia e la durata dell'efficacia delle diverse metodologie per alleviare il dolore

Autori: Maria Rosaria Mascolo, Francesca Caula, Velia Ruggeri

scientifiche relative alla lombosciatalgia in gravidanza (ricerca di fattori di rischio e predisponenti, cause, prevenzione e trattamento); in particolare ricerca di studi relativi alle metodologie per alleviare il dolore osteo-articolare in gravidanza e di esercizi posturali idonei in gravidanza.

II FASE: scelta degli esercizi da proporre alle gravide, con attenta valutazione e ricerca tra quelli proposti per dolori lombari.

III FASE :

- ideazione e stesura di due questionari e di un opuscolo illustrativo
- somministrazione del primo questionario
- proposta ed esecuzione degli esercizi posturali selezionati
- somministrazione del secondo questionario
- raccolta dei dati ed analisi dei risultati.

Lo studio è stato condotto dalle ostetriche durante i CAN organizzati dall'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'ASL di Savona. Si tratta di un punto nascita di II livello secondo la classificazione del POMI e vengono assistite donne a partire dalla 32a settimana di età gestazionale. I CAN sono gestiti dalle ostetriche e si articolano in otto incontri a partire dalla 30a-32a settimana di amenorrea. Nello studio sono state incluse 85 donne in gravidanza partecipanti ai CAN nel periodo compreso tra maggio e settembre dell'anno 2013.

Per ottenere i dati necessari allo scopo sono stati costruiti due questionari da distribuire in due tempi:

- il primo, consegnato nel primo incontro del CAN, è stato studiato per indagare: l'anamnesi, i principali fattori predisponenti e di rischio e le metodologie di cura già utilizzate;
- il secondo, da somministrare a fine corso, aveva lo scopo di verificare l'efficacia degli esercizi proposti.

Nei questionari la maggior parte delle domande erano a risposta chiusa e le tre domande aperte richiedevano una precisa e sintetica risposta al fine di facilitare la raccolta e l'analisi dei dati.

Gli esercizi sono stati proposti dopo la compilazione del primo questionario, al termine della prima lezione del CAN e si

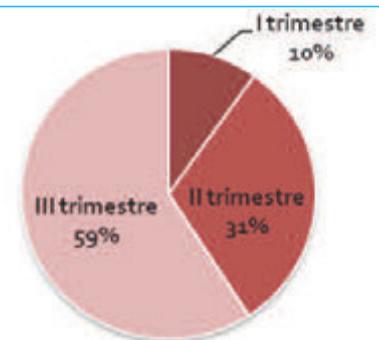
è distribuito l'opuscolo degli esercizi da eseguire a domicilio.

Il primo questionario, composto da 15 domande, è stato pensato e creato dopo un'attenta ricerca bibliografica. I quesiti possono essere suddivisi in due sezioni: nella prima parte, costituita da 11 domande, l'attenzione è stata rivolta alla vita pre-gravidica e/o alle precedenti gravidanze; le restanti 4 domande erano relative all'attuale stato.

Lo scopo di questa indagine è stato quello di conoscere se l'intervistata:

- nell'arco della vita:
 - ha sofferto di lombosciatalgia e attraverso quale metodologia ha affrontato i sintomi che accompagnavano questo disturbo;
 - ha svolto qualche sport e per quanto tempo;
 - ha subito dei traumi e/o ha delle problematiche riguardanti la zona lombo-sacrale e/o gli arti inferiori e con che metodo ha affrontato la situazione;
- durante la gravidanza:
 - ha sofferto di lombosciatalgia, in quale trimestre si è presentata la sintomatologia e se ha utilizzato qualche metodologia per contrastare il disturbo.

Il secondo questionario è stato ideato per essere consegnato alle donne durante l'ultima lezione del CAN. Le domande poste in questa scheda avevano lo scopo di raccogliere dati sull'efficacia degli esercizi posturali, individuare quante volte alla settimana erano stati svolti e riconoscere le

Figura 3 - Correlazione tra l'efficacia e la durata dell'efficacia delle diverse metodologie per alleviare il dolore

Autori: Maria Rosaria Mascolo, Francesca Caula, Velia Ruggeri

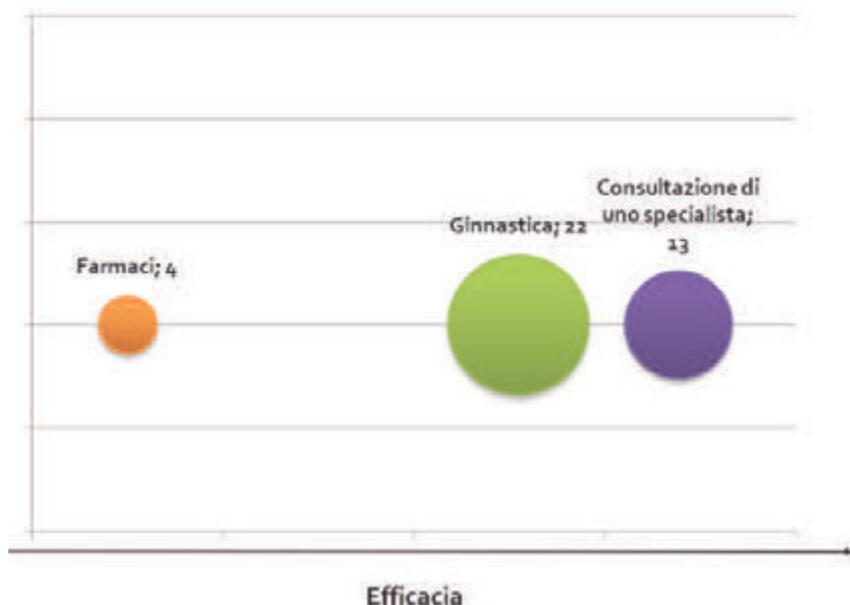
difficoltà eventualmente riscontrate. Al termine della raccolta dei dati è stata eseguita un'analisi statistica in modo da ottenere diverse combinazioni e correlazioni tra i risultati.

Per questo studio non è stato necessario richiedere alcuna revisione o approvazione del Comitato Etico, in quanto gli esercizi proposti erano eseguibili dalle donne autonomamente a domicilio. La raccolta di dati non implicava il coinvolgimento diretto dei partecipanti umani ed inoltre i questionari erano anonimi. La Direzione Sanitaria coinvolta ha dato parere favorevole alla raccolta dati per una tesi di Laurea in Ostetricia.

RISULTATI

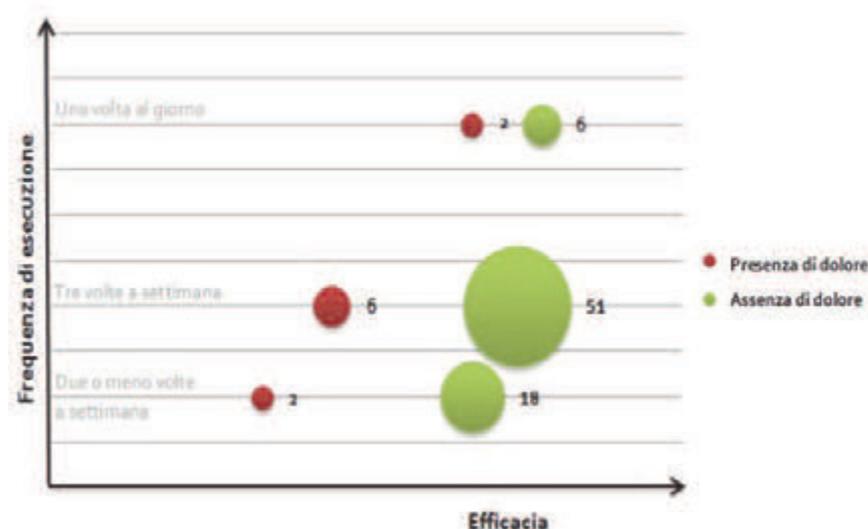
Dall'analisi statistica dei dati del primo questionario è emerso che il 55% delle donne intervistate soffre nell'arco della vita di lombosciatalgia e di queste il 94% uti-

Figura 3 - Efficacia della metodologia scelta per ridurre la sintomatologia dolorosa determinata dalla lombosciatalgia in gravidanza



Autori: Maria Rosaria Mascolo, Francesca Caula, Velia Ruggeri

Figura 4 - Correlazione tra frequenza di esecuzione ed efficacia degli esercizi posturali



Autori: Maria Rosaria Mascolo, Francesca Caula, Velia Ruggeri

lizza un metodo per alleviare la sintomatologia correlata a tale situazione patologica. In particolare dai dati analizzati è emerso che il 50% delle donne intervistate per contrastare il dolore ricorre alla ginnastica. Le altre metodologie utilizzate sono per il 32% farmaci, per il 16% consultazione di uno specialista e solo per il 2% elettrostimolazione TENS. Facendo un confronto da quanto affermato dalle donne emerge che la metodica più efficace e con una durata del benessere maggiore è la consultazione di uno specialista, come ad esempio il fisioterapista o l'osteopata, seguita dall'assunzione di farmaci e dalla ginnastica. Come si può osservare nella

figura- grafico n.2 si vedono quattro bolle con dimensioni e posizioni differenti; la dimensione dipende dal numero di persone che ha utilizzato un certo metodo per alleviare il dolore, mentre la posizione della bolla evidenzia la correlazione presente tra l'efficacia di un certo metodo e la durata di quest'ultima. Più un risultato si trova a destra e in alto nella rappresentazione più è stato considerato valido. Dalla sezione del questionario riguardante la gravidanza è emerso che l'83% delle donne soffre di lombosciatalgia e che, come si era ipotizzato, è presente una connessione tra sintomatologia durante l'arco della vita ed il ripresentarsi

della stessa nel corso della gravidanza. Bisogna invece smentire l'ipotesi posta in relazione al periodo di comparsa, in cui si presupponeva ci potesse essere una correlazione tra l'accusare dolore a livello lombo-sacrale nella vita e la manifestazione della sintomatologia già a partire dalla 18a-20a settimana di gravidanza. All'interno del campione sondato, infatti, il dolore compare maggiormente nel III trimestre (59%) (figura- grafico n.3). Come afferma la letteratura, anche nel campione intervistato, si può notare che quasi la metà delle donne (45%), pur accusando episodi dolorosi in gravidanza, non utilizza alcuna metodologia per alleviare i sintomi; questo accade probabilmente perché secondo molte di loro la lombosciatalgia è ritenuta un fenomeno fisiologico della gravidanza, oppure perché sottovalutata dagli operatori del settore. Tra coloro che invece ricercano un metodo per contrastare il dolore la maggior parte ricorre alla ginnastica (57%); il 33% si rivolge ad uno specialista e il 10% fa uso di farmaci. Dall'osservazione dei dati riportati nella figura-grafico n.3 si nota come la metodologia più efficace è la consultazione di uno specialista, seguita dalla pratica di attività fisica e dall'assunzione di farmaci (figura-grafico n.4). Sono infatti disegnate tre bolle che rappresentano ognuna uno dei metodi utilizzato nei confronti della sintomatologia dolorosa. Non viene questa volta analizzata la durata dell'efficacia: si tratta semplicemente di un'analisi quantitativa.

Analizzando invece i dati ricavati dalla compilazione del secondo questionario si nota come sia presente una correlazione tra la tempistica dell'esecuzione degli esercizi (giornaliera, a giorni alterni o una volta alla settimana) e l'efficacia di questi. Dalle risposte a questa domanda emerge che gli esercizi posturali illustrati durante il CAN sono stati eseguiti a domicilio dal 9% delle donne una volta al giorno, tre volte alla settimana dal 67% e due o meno volte alla settimana dal 24%. Coloro che li praticavano con costanza e senza interruzioni dovute all'insorgenza del dolore hanno raggiunto un risultato migliore

bibliografia

(92%): nel 17 % dei casi si è verificata la scomparsa totale dei sintomi (fastidio a camminare e a mantenere una posizione statica per molto tempo) e nel 75% dei casi la scomparsa pressoché totale del dolore. Un'importante osservazione da fare è che nei casi in cui si è evidenziata la presenza di dolore durante lo svolgimento degli esercizi, (12% del campione intervistato) l'efficacia degli esercizi posturali proposti è risultata minore, ma è sempre direttamente proporzionale alla frequenza dell'esecuzione (grafico n.4 pag.53). Si è sondato il motivo per cui queste gestanti hanno avuto difficoltà o dolore nell'effettuare gli esercizi (12%). Sono emerse due principali cause legate agli impedimenti personali collegati a difficoltà fisiche e/o costituzionali (ad esempio a seguito di traumi ed interventi chirurgici o l'obesità), altre a causa della preesistenza del dolore. Nel questionario era contenuta anche l'opzione "altro" che ha permesso di valutare la chiarezza dell'esposizione degli esercizi da parte dell'ostetrica, a questo quesito non sono stati raccolti giudizi negativi. Le donne intervistate e coinvolte nel progetto (n. 85) hanno dichiarato che gli esercizi posturali proposti hanno apportato un beneficio (92%). In particolare si è notato come l'associazione tra più tecniche, farmacologiche e non, e gli esercizi posturali sia in assoluto la combinazione più efficace per ridurre la sintomatologia generata dai disturbi osteo-articolari in gravidanza. Un limite dello studio è stato nell'assenza di una scala di valutazione del dolore (es. VAS) nel secondo questionario che poteva dare un valore numerico e progressivo al miglioramento. Inoltre non è stata posta l'attenzione al particolare esercizio posturale per valutare quale tra essi aggravava o, al contrario, conteneva il dolore stesso.

CONCLUSIONE

Osservando i risultati di questo lavoro, nonostante la ridotta numerosità del campione, l'assenza di una scala di valutazione del dolore e dell'attenzione al singolo esercizio, si evince l'effetto benefico che ha mostrato l'esecuzione degli esercizi posturali, nonostante sia tempo-

1. Kovacs FM, Garcia E, Royuela A et al "Prevalence and factors associated with low back pain and pelvic girdle pain during pregnancy" *Spine* (Phila Pa 1976). 2012 Aug 1;37(17):1516-33
2. Pei Lai Cheng, Martin Pantel, J. Terry Smith et al "Back pain of working pregnant women: Identification of associated occupational factors" *Elsevier, Applied Ergonomics* 40 (2009) 419-423
3. Genevieve A. Dumas, Tegan R. Upjohn, Alain Delisle et al "Posture and muscle activity of pregnant women during computer work and effect of an ergonomic desk board attachment" *International Journal of Industrial Ergonomics* 39 (2009) 313-325
4. K. Bø, K. L. Backe-Hansen "Do elite athletes experience low back, pelvic girdle and pelvic floor complaints during and after pregnancy?" *Scandinavian journal of medicine and science in sports* 17 (2007) 480-487
5. P. Pasquetti e V. Mascherini - "Riabilitare l'atleta infortunato, fisioterapia e tecniche di recupero motorio", I edizione, Milano, Edi Ermes, 2007, Rachide lombare pagg. 97-102
6. P. Katonis, A. Kampouroglou, A. Aggelopoulos et al "Pregnancy-related low back pain" *Hippokratia - Quarterly Medical Journal* 15 (2011) 205-210.
7. J. Sutton, P. Scott, Il posizionamento ottimale del feto, I edizione, Roma, CIC Edizioni Internazionali, 1997
8. M. Canepa, S. Gamondo, M.R. Mascolo, Posizionare il feto per il parto naturale. Prevenire, diagnosticare e correggere le malposizioni fetali. - Società Editrice Universo, Roma (2013)
9. Jennifer Sabino and Jonathan N. Grauer "Pregnancy and low back pain" *Current Review Musculoskeletal Medicine* 1 (2008) 137-141.
10. Maryam Kashanian, Zahra Akbari, Mohammad Hossein Alizadeh "The effect of exercise on back pain and lordosis in pregnant women" *International Journal of Gynecology & Obstetrics* (2009)
11. Pepijn D, D. M. Roelofs, Rick A. Deyo, et al "Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs for Low Back Pain", *SPINE* Volume 33 n° 16(2008) 1766-1774
12. Ana Victoria Montoya Arizabaleta, Lorena Orozco Buitrago, Ana Cecilia Aguilar de Plata et al "Aerobic exercise during pregnancy improves health-related quality of life: a randomised trial" *Journal of Physiotherapy* 56 (2010) 253-258
13. W. IJzelenberg, Sidney M Rubinstein, Jill Hayden et al "Exercise therapy for acute non-specific low-back pain" *The Cochrane Library*
14. Benjamin Waller, Johan Lambeck, Daniel Daly Faculty - "Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review" *Clinical Rehabilitation* 23 (2009) 3-14
15. Balaskas J., Corso di preparazione al parto attivo. L'altra Medicina/92 red edizione Como, 1990, 18-42
16. www.chiropratica.com

raaneo e concomitante all'esecuzione stessa degli esercizi e non durevole nel tempo. La quasi totalità delle gestanti che hanno eseguito gli esercizi ha manifestato sollievo nei confronti della sintomatologia dolorosa generata dalla lombosciatalgia, tuttavia non bisogna dimenticare la piccola percentuale di donne in cui queste posture non hanno apportato beneficio. Ed è proprio su queste gestanti e su questi quadri clinici che l'ostetrica deve focalizzare la sua attenzione, offrendo una continuità assistenziale nel controllo e nella facilitazione dell'esecuzione degli esercizi stessi, in particolare con osservazione attenta e costante della qualità del movimento.

Il valore aggiunto dell'ostetrica, quindi, con le sue caratteristiche di educatrice, ascoltatrice, consigliera ed accompagnatrice della donna nelle tappe fondamentali della sua vita, è quello di aiutare e sostenere quelle donne in cui svolgere da sole gli esercizi non apporta miglioramenti.

Ogni ostetrica deve ricordare, nell'applicazione della sua arte, di controllare e valutare i fattori di rischio e i fattori predisponenti della lombosciatalgia già al primo incontro con la donna, che dovrebbe avvenire il più precocemente possibile. Di fatto, le informazioni riguardanti questa condizione clinica, ricavate attraverso una dettagliata anamnesi, saranno importanti non solo per l'evoluzione della gravidanza, ma anche per la conduzione del travaglio e del parto. Per questi motivi è fondamentale che l'ostetrica educi la gestante sul mantenimento di una postura corretta durante le attività quotidiane, in modo che la colonna vertebrale non venga sovraccaricata e mantenga la posizione ideale. L'arte ostetrica può essere definita in costante mutamento per le tecniche innovative che possono essere sperimentate: tra queste si trovano le strategie naturali, efficaci ed innocue che possono essere attuate in gravidanza, durante il parto e nel puerperio.

La galega officinalis: effetto galattogogo e profilo di sicurezza

Alcuni studi evidenziano l'aumentata produzione di latte e qualificano la Galega officinalis come un ingrediente sicuro

La **Galega officinalis** è una pianta nativa dell'Europa sud-orientale appartenente alla famiglia delle Fabacee. Il nome italiano Galega è etimologicamente derivato dai termini greci «gàla» (latte) e «àgein» (stimolo). Questa pianta è infatti storicamente nota soprattutto per il suo effetto galattogogo che è stato scientificamente riferito all'Accademia di Francia già dal 1873. Nel corso degli anni sono stati effettuati diversi studi: negli anni '60 furono pubblicati due studi che dimostrarono l'effetto galattogogo della pianta.

Il primo, condotto su 366 nutrici la cui produzione di latte fu giudicata inferiore alla media, dimostrò che l'estratto di galega aveva provocato un aumento della produzione di latte dal 30 al 60%. (The galactogogue effect of Galega officinalis, TYPL H. Zentralbl Gynakol. 1961)

In un secondo studio, si somministrò l'estratto di Galega a 50 nutrici, dal terzo al quinto giorno dopo il parto, utilizzando un secondo gruppo di mamme non trattate come gruppo di controllo. La produzione di latte aumentò del 75% nel gruppo di controllo, e del 125% nel gruppo trattato con Galega. Inoltre fu valutata la qualità del latte prodotto, determinando che la composizione in grassi, proteine e lattosio risultava aumentata proporzionalmente nel latte delle mamme trattate con Galega. (Clinical and experimental

contribution on the question of the lactogenic effect of Galega officinalis, Heiss H. Wien Med Wochenschr. 1968)

In tempi più recenti sono stati condotti studi su animali che hanno dimostrato un incremento della produzione di latte fino al 50%.

In particolare, in uno studio del 2004 intitolato "Management of Galega officinalis L. and preliminary results on its potential for milk production improvement in sheep" condotto da Fernando Gonzalez Andres et al. su una varietà particolare di ovino, la pecora "Churra" autoctona della Castiglia, ed apparso sul "New Zealand Journal of Agricultural Research, 2004, Vol. 47" è stato dimostrato che l'utilizzo di foraggio arricchito di una quantità ben definita di parti aeree di Galega, portava ad un aumento della produzione di latte negli ovini di varietà "Churra" monitorato per 60 giorni dopo il parto, pari al 16,90%.

Nonostante il diffuso utilizzo che negli anni ne è stato fatto, c'è poca bibliografia sugli eventuali effetti tossici della galega. Tuttavia, in un recente studio condotto in vivo sui ratti nel 2008 da Hamid R. Rasekh et al. intitolato "Acute and subchronic oral toxicity of Galega officinalis in rats" è stato dimostrato che la tossicità acuta della Galega è molto bassa LD50»5 g/kg nei ratti trattati per 14 giorni consecutivi con 4 dosi giornaliere di estratto di Galega). È stata anche investigata la

tossicità subcronica, somministrando ai ratti l'estratto per 90 giorni. Dai risultati dello studio, emerge che polmone e fegato potrebbero essere gli organi bersaglio della tossicità subcronica della pianta somministrata a dosaggi molto elevati (3% peso/peso). Da questi dati risulta pertanto che l'utilizzo dell'estratto con dosaggio coerente al l'utilizzo di integratore alimentare è pertanto sicuro.

Lactogal[®] PLUS
Allattare in serenità





NASCE IL NUOVO SITO ESCLUSIVAMENTE DEDICATO AD HUGGIES® NEWBORN: IL COMPAGNO DI VIAGGIO IDEALE PER TUTTE LE MAMME



Il nuovo sito www.huggies-newborn.it nasce con l'intento di accompagnare e supportare le mamme non solo durante la delicata fase della gravidanza, ma anche durante i primi mesi che seguono la nascita dei figli. **Huggies® NewBorn** è il prodotto creato appositamente per le mamme che fin dal primo momento vogliono avere il meglio per il proprio bambino.

Grazie al nuovo sito è possibile ricevere un campione gratuito di Huggies® NewBorn per testare un pannolino davvero perfetto per i primi giorni, un pannolino studiato sulle esigenze del neonato; è sufficiente compilare il form per **richiedere subito un campione gratuito e riceverlo direttamente a casa!**

Il **nuovo portale** si rivela così uno strumento utile per prepararsi a diventare mamme, grazie alla **sezione dedicata "Preparati a diventare mamma"** che offre **preziosi consigli** da parte di altre mamme che hanno scelto l'affidabilità di Huggies® NewBorn per accompagnare la loro avventura. All'interno della sezione si possono trovare anche una serie di **articoli realizzati da ostetriche** che offrono **consigli** per prepararsi nel migliore dei modi al momento del parto indicando per esempio gli sport più adatti per la gravidanza o sottolineando i benefici dell'allattamento al seno.



Interessante è inoltre la **voce "La borsa del primo giorno"**: una sensazione comune è il timore di essersi scordati qualcosa di davvero indispensabile per i primi giorni del neonato; Huggies® NewBorn propone una **lista delle cose che serviranno per i primi momenti in ospedale** e permette al contempo di contrassegnare le cose alle quali si è già pensato.

Tramite l'accesso al sito Huggies® NewBorn è inoltre possibile scoprire passo per passo tante curiosità sulla gravidanza, strutturate a seconda della fase gestazionale, e interagire costantemente con la piattaforma - che si colora di azzurro o di rosa a seconda del sesso del nascituro - per chiedere consigli ai propri amici sul futuro nome del proprio figlio tramite la pagina Facebook personale, a cui ci si collega registrandosi alla sezione dedicata del sito **"Condividi la tua emozione"**.

HUGGIES

newborn

IL NUOVO HUGGIES® NEWBORN®



Grazie alla sua forma sagomata Huggies® NewBorn si adatta perfettamente al corpo del neonato e la banda super elastica lo avvolge delicatamente in vita. Huggies® NewBorn **ha tre speciali strati di assorbenza** e un rivestimento interno traforato che assorbe molto più rapidamente dei normali pannolini. Il rivestimento interno ed esterno è morbido e traspirante per favorire il ricambio d'aria attorno al sederino del neonato... ma la grande novità è la **barriera cattura pupù**, posta sul retro per trattenere le fuoriuscite anche quando il bambino è sdraiato. Infine, per aiutare le mamme e i papà, il nuovo Huggies® NewBorn ha l'**indicatore di pipì**: due strisce poste sul fronte del pannolino che cambiano colore quando è arrivato il momento del cambio.

Sono disponibili in 2 taglie: 2-5 kg. e 3-6 kg.

Attraverso il nuovo sito dedicato è possibile accedere anche al canale e-commerce <https://www.kimberlyclarkshop.it/> dove è possibile fare la scorta di pannolini Huggies® NewBorn a prezzi convenienti.

LA QUALITA' DI HUGGIES® È PROMOSSA E CONSIGLIATA DALL'AIO, ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Per tutte le fasi della crescita c'è un prodotto Huggies® ideato e realizzato per la comodità e la sicurezza del bambino; si può infatti scegliere il pannolino più adatto alle sue esigenze, dalla nascita fino all'utilizzo del vasino. La conferma che **Huggies® rispecchia i più alti standard qualitativi** è certificata dal fatto che tutti i prodotti proposti sono **consigliati dall'Associazione Italiana Di Ostetricia**, realtà costituita da Ostetriche e Medici specialisti in Ostetricia e Ginecologia il cui scopo è quello di diffondere e stimolare la crescita culturale, professionale e scientifica negli ambiti dell'Ostetricia, della Ginecologia e della Neonatologia.



NUOVA GENERAZIONE DI PAPÀ 2.0: SEMPRE PIÙ COLLABORATIVI E PARTECIPANTI

La conferma arriva da un recente sondaggio commissionato da Huggies e condotto su 300 famiglie italiane



Il recente sondaggio commissionato da Huggies® e condotto dalla Marketing Management, ha consentito di analizzare la percezione delle mamme sui comportamenti dei rispettivi mariti/compagni dimostrando che in Italia c'è una nuova generazione di padri che giorno dopo giorno scoprono e sperimentano un nuovo modo paritario, interscambiabile, concreto e fisico di essere padri, e naturalmente mariti e compagni.

Per verificare queste tendenze sono stati intervistati 300 papà in tutta Italia, in coppia con le loro mogli e compagne che hanno così espresso la loro personale e diretta percezione sui comportamenti dei rispettivi mariti e compagni.

Diventare genitori significa accettare le differenze di ruoli: mamme e papà non “funzionano” allo stesso modo...

Attraverso un questionario sono state così indagate 17 attività che riguardano le quattro sfere principali della gestione del bambino: **nutrizione, sonno, igiene/pulizia, gioco/svago**. Ciò ha consentito di analizzare la percezione delle mamme sui comportamenti dei rispettivi mariti/compagni.

Oggi i padri, rispetto ai loro colleghi di trenta o quarant'anni fa, **vivono più intensamente il loro ruolo di genitori**, non si tirano indietro quando si tratta di **giocare con il figlio** (mediamente lo fanno 21,5 giorni al mese), di intrattenerlo mentre mangia (20,4 giorni al mese), di mettergli il pigiama (16,3 giorni al mese) e portarlo a letto (19,2). Assieme ai bambini i nuovi papà guardano anche i cartoni (18,6 giorni al mese) e lo fanno con spirito collaborativo e con grande coinvolgimento emotivo.

HUGGIES

Certamente l'**attività meno praticata** è quella di lavare i vestiti (2,4 giorni al mese), con una quota rispondenti del **79%** che **dichiara di "non farlo mai"**: lavare i vestiti è ancora pieno appannaggio della mamma così come il centro decisionale riguardo alle attività che il bambino conduce resta sempre stabilmente "la mamma" (per quanto i papà si occupino di più dello svago del bimbo/a).

Se quindi riguardo le **faccende domestiche** la **collaborazione dei papà** appare significativa (1,5 ore al giorno), sembrerebbe ancora **insufficiente**: il minor riconoscimento proveniente dalle mamme potrebbe essere dovuto ad un bisogno "non pienamente soddisfatto" di una maggior collaborazione.

Particolarmente curioso è che sul **piano emotivo/affettivo**, i "nuovi papà" ricordano la prima parola del bambino (75%). Questa attitudine aumenta al diminuire dell'età del papà (77%) e al crescere del suo livello di istruzione (79%). La "prima parola" maggiormente pronunciata resta comunque "mamma" (56,4% dei casi).

I dati dell'indagine promossa da Huggies® mostrano che nonostante certi stereotipi rimangono impressi nella cultura italiana, gli uomini si stanno ritagliando un ruolo sempre più complesso e consapevole che li vede protagonisti delle dinamiche familiari dove la collaborazione risulta essere uno dei tasselli fondamentali.

Huggies® si fa portavoce di questa nuova tendenza anche attraverso i pannolini Huggies® Super Dry®, che sono a tutti gli effetti un prodotto "a prova di papà", grazie alla praticità e capacità di tenuta e blocco delle fuoriuscite; sono così estremamente semplici da usare e protettivi come l'abbraccio di un papà.

Inoltre, il concorso "**Huggies® a prova di papà**" permette infatti di vincere ogni giorno forniture di pannolini Huggies® e ogni mese una copertura assicurativa della durata di 3 anni per il proprio bambino, per tutelare al meglio la sua crescita. Con questa iniziativa Huggies® si pone al fianco delle famiglie, viste le spese sempre in aumento che queste si trovano a dover affrontare. Il concorso è valido dall'8 maggio al 31 dicembre 2014.

L'iniziativa su www.huggies-superdry.it



Ufficio Stampa Kimberly Clark - Glebb & Metzger

T. 011.5618236 Francesca Rivoira - frivoira@glebb-metzger.it; Michele Razzetti - mrazzetti@glebb-metzger.it

T. 02.72023003 Alice Mussi - amussi@glebb-metzger.it

 **Kimberly-Clark**