

MAIEUTIKΟΣ

ANNO 1
NUMERO 1|2021

I TEMI IN QUESTO NUMERO



**Outcome ostetrici
intrapartum nelle
donne obese:
studio retrospettivo.**

**Percorso diagnostico
terapeutico e
assistenziale (PDTA).**

COMITATO SCIENTIFICO
AIO – ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Numero 1/2021

Nuova edizione Anno 1

Periodico di informazione scientifica dell'Associazione Italiana di Ostetricia

Direttore Responsabile

Antonella Marchi

Direttore Onorario

Antonio Chiantera

Responsabili Scientifici

Elsa Del Bo, Antonio Ragusa

Comitato Scientifico

Ost. Roberta Giornelli

Ost. Annapaola Caruso

Ost. Lara Arduini

Ost. Loredana Tessarin

Ost. Pina Verardi

Ost. Rosanna De Serio

Ost. Gaia Pallesstrini

Dott. Carmine Gigli

Dott. Giampaolo Mainini

Dott. Giuseppe Canzone

Dott. Michele La Greca

Editore ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Progetto grafico e impaginazione

Elsa Del Bo

Antonella Marchi

AIO

Associazione Italiana di Ostetricia

Via Giuseppe Abamonti, 1

20129 Milano

C.F.: 07248120961

Sede legale: Milano – Via Giuseppe Abamonti 1

Codice ISSN: 2384-941X

Chiuso in redazione: Febbraio 2021

Registrazione del Tribunale di Milano n. 126/2020 del 5/10/2020

Provider: NUOVE TECNOLOGIE DI TELECOMUNICAZIONE S.R.L.

con sede in Vignola (MO) - Via Beslan n. 30

indice

EDITORIALE

4

Outcome ostetrici intrapartum nelle donne obese: studio retrospettivo

5

Veronica Rinaldi, Valeria Conti, Elsa Del Bo, Barbara Gardella

Nascita senza fumo: indagine conoscitiva sull'abitudine

13

al fumo in gravidanza e in puerperio

Martina Della Matera, Elsa Del Bo, Erica Raffaelli, Luigia Mondoni

Alcol e gravidanza: indagine retrospettiva in un gruppo di puerpere

21

Federica Lombardi, Jessica Moretti, Patrizia Aresi, Elsa Del Bo, Luigia Mondoni

Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA)

28

Umberto Zanini, Alessandra Inzoli

editoriale

Antonella Marchi
Presidente AIO

Cara Collega, Caro Collega,

a distanza di qualche anno usciamo nuovamente con la nostra Rivista Scientifica *Maieutikos*, per tornare sull'obiettivo primario, quello di promuovere uno scambio e un dibattito sulla professione delle Ostetriche e dei Ginecologi attraverso documenti di studio, strumenti condivisi, elaborazione di casi clinici, esperienze personali professionali ma anche trattando argomenti significativi per entrambe le professioni quali gli aspetti rivolti alla responsabilità ed alle competenze, con l'intento di fare chiarezza su questioni tutt'oggi nebulose e per esprimere la nostra linea culturale e politica, rispetto al tema della salute e dello sviluppo professionale a cui sono particolarmente sensibile.

Vorremmo ricreare quel “*network scientifico finalizzato a veicolare e armonizzare le conoscenze nel campo dell'ostetricia, della ginecologia, della neonatologia e delle discipline afferenti*” dunque possono partecipare e scrivere tutti i professionisti che desiderano esprimere il loro punto di vista e diffondere le loro conoscenze affinché il senior scientifico supporti le giovani generazioni.

Con riconoscimento del Ministero della Salute, l'Associazione Italiana di Ostetricia è stata inserita nell'elenco delle Società Scientifiche e Associazioni Tecnico-Scientifiche delle professioni sanitarie che possono produrre e partecipare alla stesura di documenti scientifici ai sensi del D.M. 2 agosto 2017 in attuazione dell'articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli-Bianco); questo aspetto è molto importante per la definizione e la diffusione di *linee guida, raccomandazioni e buone pratiche di assistenza ostetrica* che hanno una sostanziale ricaduta nel percorso assistenziale, sia per il miglioramento dello sviluppo professionale e delle performance di ostetriche e ginecologi, sia per quello rivolto agli outcome ed alla compliance.

Se i professionisti si attengono a regole e principi ben definiti di conformità, riducono il rischio clinico e forniscono il migliore e più corretto risultato assistenziale.

Le nuove generazioni di Ostetriche grazie a questa giurisprudenza che ha permesso la realizzazione di Società Scientifiche che coinvolgono non solo l'area medica ma anche il comparto sanità, hanno l'occasione nel loro percorso di evoluzione epistemologica, di compiere il “salto di qualità” attraverso le società stesse e il coinvolgimento degli stakeholder - nel nostro caso donne e famiglie - nei processi di cura e quindi di *empowerment*, grazie al quale sostengono la fiducia e la compliance con diretta responsabilità nel percorso assistenziale.

OUTCOME OSTETRICI INTRAPARTUM NELLE DONNE

OBESE: studio retrospettivo

Veronica Rinaldi* Valeria Conti[°] Elsa Del Bo^{°°} Barbara Gardella**

*Ostetrica Ospedale Santa Croce Moncalieri – ASL TO5

[°] Ostetrica Ospedale Niguarda Milano

^{°°} Ostetrica Università di Pavia

**Ginecologa, Ricercatore Confermato Università di Pavia

RIASSUNTO

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza dell'obesità a livello globale è raddoppiata dal 1980 ad oggi a causa di uno stile di vita altamente scorretto. L'obesità è un fattore di rischio importante per gli outcome negativi intrapartum e un counselling preconcezionale adeguato deve essere attuato alle donne che presentano un BMI sfavorevole. I dati della letteratura affermano che l'incidenza di induzioni del travaglio e il rischio di effettuare un taglio cesareo aumentano con l'aumentare del BMI, la durata complessiva del travaglio è maggiore in quanto il stadio è prolungato, il rischio di incorrere in una emorragia postpartum è raddoppiato e l'obesità sembrerebbe essere un fattore protettivo per le lacerazioni di III e IV grado.

Parole chiave: obesità, travaglio, parto, fattori di rischio

INTRODUZIONE

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la prevalenza dell'obesità a livello globale è raddoppiata dal 1980 ad oggi a causa di uno stile di vita altamente scorretto. Il Rapporto "Osservasalute 2016" mostra come il 9,8% della popolazione italiana nel 2015 era obeso. Il tasso di obesità delle donne italiane risulta alto, infatti è in media del 9% e

sembra aumentare con l'età. (www.epicentro.iss.it)

Troppe sono le donne obese in età fertile: è stimato che 1 donna su 5 arrivi al concepimento in condizioni di obesità. (Heslehurst N. et al, 2007)

Per obesità materna s'intende una donna che abbia un Body Mass Index (BMI)

pregravidico $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ e/o un eccessivo aumento di peso in gravidanza (Gestational Weight Gain) (**Tabella 1**), che rappresenta un

importante fattore di rischio per gli outcome sfavorevoli sia in gravidanza sia al parto.

Prepregnancy BMI	Total Weight Gain		Rates of Weight Gain* 2nd and 3rd Trimester	
	Range in kg	Range in lbs	Mean (range) in kg/week	Mean (range) in lbs/week
Underweight (< 18.5 kg/m ²)	12.5-18	28-40	0.51 (0.44-0.58)	1 (1-1.3)
Normal weight (18.5-24.9 kg/m ²)	11.5-16	25-35	0.42 (0.35-0.50)	1 (0.8-1)
Overweight (25.0-29.9 kg/m ²)	7-11.5	15-25	0.28 (0.23-0.33)	0.6 (0.5-0.7)
Obese ($\geq 30.0 \text{ kg/m}^2$)	5-9	11-20	0.22 (0.17-0.27)	0.5 (0.4-0.6)

* Calculations assume a 0.5-2 kg (1.1-4.4 lbs) weight gain in the first trimester (based on Siega-Riz et al., 1994; Abrams et al., 1995; Carmichael et al., 1997).

Tabella 1. Raccomandazioni per il totale e la percentuale di guadagno di peso durante la gravidanza secondo il BMI pregravidico (fonte: Institute of Medicine, "Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines")

In gravidanza c'è un rischio aumentato di patologie metaboliche materne, preeclampsia, ipertensione, aborto spontaneo, malformazioni fetali e morte fetale tardiva. Intrapartum si associa più frequentemente a travaglio indotto, travaglio prolungato, distocie dinamiche che richiedono maggiore utilizzo di ossitocina, distocie meccaniche, sofferenza fetale, maggior rischio di taglio cesareo e di emorragia post-partum. Tra le

complicanze neonatali, invece, abbiamo sofferenza fetale in travaglio, neonati SGA (Small for Gestational Age) o LGA (Large for Gestational Age), acidosi fetale e morte perinatale. (**Tabella 2**)

IN GRAVIDANZA	INTRAPARTUM	POST-PARTUM
Diabete Gestazionale	Sofferenza fetale	Emorragia post-partum
Ipertensione	Difetti del funicolo	Neonati SGA o LGA
Pre-eclampsia	Viraggio del liquido amniotico	Acidosi fetale
MEF	Travaglio prolungato	Morte perinatale
Tromboflebiti	Distocia dinamica e meccanica	
Malformazioni fetali	Travaglio indotto	
Feti IUGR o macrosomi	Distocia di spalla	
Aborto spontaneo	Taglio cesareo	
Parto pretermine		

Tabella 2. Outcome ostetrici in gravidanza, intrapartum e post-partum nelle pazienti obese.

Numerosi sono gli studi che analizzano gli esiti ostetrici in gravidanza e gli outcome neonatali nelle pazienti obese; di quantità

minore sono invece quelli che si concentrano sugli outcome ostetrici in travaglio e al parto.

SCOPO DELLO STUDIO

Per queste ragioni in questo studio sono stati indagati gli outcome ostetrici intrapartum con l'analisi di una raccolta di dati clinici di tipo retrospettivo relativi alle donne che hanno partorito nella Clinica Ostetrica Universitaria della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo tra l'1 gennaio 2014 e il 31 dicembre 2015.

Lo studio si propone di:

- individuare gli outcome ostetrici intrapartum nelle donne obese, considerando come obese le donne con un BMI pregravidico ≥ 30 kg/m² o/e un BMI a termine di gestazione ≥ 35 kg/m², e confrontarli con i risultati in letteratura;
- dimostrare come l'obesità sia un fattore di rischio importante nelle gestanti in travaglio e al parto.

MATERIALI E METODI

Sono state prese in esame in totale 3096 donne che hanno partorito presso la Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo tra l'1 gennaio 2014 e il 31 dicembre 2015, previo il rilascio consenso informato al trattamento dei dati clinici.

Per la raccolta dei dati ci si è serviti del database "Ormaweb" della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

Di tutte queste donne sono stati raccolti il peso pregravidico, l'aumento di peso in gravidanza e l'altezza; con questi parametri è stato calcolato il loro BMI pregravidico e il loro BMI a termine di gravidanza.

In base al loro BMI pregravidico le donne sono state poi classificate nei 4 gruppi di peso-forma secondo la classificazione dell'OMS: sottopeso, normopeso, sovrappeso e obeso.

Per la nostra analisi è stato poi considerato il campione delle donne obese. Questo campione comprendeva il gruppo delle donne obese già in epoca preconcezionale, ovvero con BMI pregravidico ≥ 30 kg/m², e il gruppo delle donne che prima della gravidanza avevano un BMI < 30 kg/m² e che hanno avuto un aumento ponderale in gravidanza tale per cui a termine della gestazione hanno raggiunto un BMI ≥ 35 kg/m².

Per ogni paziente appartenente al campione sono stati poi raccolti i seguenti parametri: età, razza, gemellarità, settimane gestazionali al parto, modalità del parto (parto spontaneo, parto operativo per via vaginale o taglio cesareo), tipo di taglio cesareo (in travaglio o di elezione), indicazione al taglio cesareo, modalità del travaglio (spontaneo o indotto), metodo induttivo, presenza di comorbilità materne associate all'obesità (preeclampsia, ipertensione, diabete), ricorso all'episiotomia (sì o no), peso alla nascita del neonato, presenza di lacerazioni perineali e loro grado (1°, 2°, 3°, 4° grado), durata del secondo stadio del travaglio, emorragia postpartum (sì o no) e, in caso affermativo, il grado di shock (1°, 2°, 3°, 4° grado).

RISULTATI E DISCUSSIONE

I risultati ottenuti dallo studio sulle pazienti obese hanno dimostrato che l'obesità materna è un fattore di rischio importante per gli outcome negativi intrapartum.

Il 10,2% delle pazienti che ha partorito nel nostro Istituto erano obese (BMI pregravidico ≥ 30 kg/m²) già prima dell'insorgere della gravidanza. L'1,6% è diventato obeso durante la gestazione a causa di un aumento ponderale eccessivo (BMI pregravidico < 30 kg/m² e BMI a termine ≥ 35 kg/m²); in totale l'11,8% delle gestanti a termine è risultato obeso. Secondo le stime Istat, questo tasso di obesità è simile a quello delle donne italiane, ovvero del 9% (www.epicentro.iss.it), invece è più basso di quello delle donne obese in età fertile che si aggira intorno al 20% (Heslehurst N. et al, 2007).

Nel nostro campione di donne obese più della metà (65,7%) durante la gravidanza ha avuto un incremento ponderale maggiore di 9 kg e il 9,5% minore di 5 kg. Quindi solo una percentuale minore (24,8%) delle pazienti ha rispettato le linee guida dell'Institute of Medicine (IOM) per avere un corretto aumento ponderale durante la gestazione, che nel caso delle obese deve essere fra 5 e 9 kg.

Analizzando i risultati del tipo di travaglio si nota come la percentuale di travaglio indotto sia stata molto elevata (40,1%). Questo esito trova conferma in varie ricerche le quali

sostengono che la frequenza di travagli indotti cresca all'aumentare del BMI. (Choi S-K et al, 2011) Bisogna anche considerare che 24,6% delle pazienti prese in esame aveva almeno una comorbidità associata, preeclampsia, ipertensione e diabete, e che il 14% ha partorito oltre il termine, caratteristiche che possono portare all'induzione del travaglio.

La difficoltà nell'avvio del travaglio di parto nelle donne obese sembra poter essere collegato a quantità elevate in circolo di leptina, dovute all'aumento del tessuto adiposo che la rilascia e alla diminuzione dei recettori della leptina a livello tissutale. La leptina stimola il rilascio di Prostaglandine E2 (PGE2) dal tessuto placentare e adiposo attraverso vie di segnalazione infiammatoria: il livello di PGE2 è quindi cronicamente elevato a termine di gravidanza tra le donne obese e ciò potrebbe diminuire la sensibilità dei tessuti materni a tale ormone durante la fase di avvio del travaglio. (Carlson NS et al, 2015) Pertanto, lo stato infiammatorio cronico delle donne obese potrebbe ostacolare il calo funzionale del progesterone e l'attivazione di PGE2. Inoltre, la leptina blocca anche la degradazione del collagene, così come l'apoptosi delle cellule cervicali, due effetti che inibiscono la maturazione cervicale nelle donne obese. (Carlson NS et al, 2015)

È noto che l'avvio e la progressione del travaglio sono dipendenti dal numero di recettori miometriali dell'ossitocina: nelle donne obese tali recettori sembrano diminuire

di numero. Ipoteticamente questi meccanismi potrebbero essere le motivazioni che stanno alla base del numero elevato di induzioni del travaglio in queste pazienti, ma devono ancora essere dimostrati con ulteriori ricerche. (Carlson NS et al, 2015)

I metodi induttivi maggiormente utilizzati nel nostro studio sono stati quelli farmacologici: prostaglandine e ossitocina. Per far fronte ai processi biologici riportati precedentemente, per utilizzare questi due farmaci sarebbe utile formulare nuovi protocolli che considerino il BMI della paziente da indurre.

Passando ad esaminare la durata del travaglio, nello studio sono stati individuati solo 11 su 236 travagli il cui secondo stadio è durato oltre le due ore. Questo risultato trova conferma in letteratura in quanto sembra che nelle obese solitamente non ci sia un secondo stadio più lungo rispetto alle donne normopeso ma comunque è noto che la durata complessiva del travaglio sia mediamente maggiore (Robinson BK et al, 2011). Questi dati suggeriscono che la parte del travaglio su cui più significativamente influisce il peso materno aumentato non è la seconda fase ma piuttosto il primo stadio. Infatti gli studi condotti ci dicono che l'avanzamento della dilatazione cervicale nelle donne obese è più lenta rispetto alle altre donne, le contrazioni sono discinetiche e più brevi, perciò si va incontro spesso a una distocia meccanica o dinamica nel primo stadio. Probabilmente per tali motivi nelle donne obese il travaglio è

indotto più frequentemente con l'ossitocina sintetica con schema augmentation. (Carlson NS et al, 2015; Robinson BK et al, 2011; Mission JF et al, 2011)

Osservando i risultati relativi alle modalità di parto, è chiaro che la percentuale di tagli cesarei e quella di parti spontanei differiscano di poco. Infatti, il 51,1% delle donne ha partorito spontaneamente, il 44,2% tramite taglio cesareo e solo il 4,7% con un parto operativo per via vaginale. Inoltre, dei tagli cesarei il 38% è stato eseguito in travaglio e il 62% programmato. Tali risultati sono in accordo con quanto la letteratura scientifica sostiene cioè che la percentuale dei tagli cesarei nelle donne obese sia doppia rispetto alle normopeso e che aumenti ulteriormente con il crescere del BMI. Anche l'incidenza di tagli cesarei urgenti in travaglio è più alta che nelle normopeso. Secondo la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) i tagli cesarei urgenti in travaglio sono più rappresentati soprattutto nel primo stadio del travaglio a causa delle distocie delle contrazioni uterine. (Mission JF et al, 2011; Davies G a et al, 2010)

L'indicazione più frequente al taglio cesareo è stata il taglio cesareo pregresso con il 38%, seguita dalle alterazioni del CTG con il 19,8%. Il taglio cesareo pregresso è anche l'indicazione maggiormente riportata nei tagli cesarei programmati, la seconda nel taglio cesareo in travaglio ed è risultato che l'86,7% delle donne che ha avuto un taglio cesareo

pregresso abbia poi eseguito un taglio cesareo. Poche sono quindi le donne uni/pluripare con un taglio cesareo pregresso che sono riuscite ad avere un parto spontaneo, sia probabilmente per la scelta delle pazienti di non affrontare il travaglio di prova, sia per l'elevato numero di pazienti obese con complicanze durante la gravidanza e il travaglio. Considerando sempre la parità, il 57,6%, delle nullipare obese ha partorito mediante taglio cesareo.

La prima indicazione al taglio cesareo in travaglio urgente è stata "alterazioni del CTG", ciò indica che è frequente che si verifichi sofferenza fetale in travaglio, come affermano numerosi studi.(G. Pescetto et al, 2009)

Bassa è stata la percentuale rilevata di parti operativi: in molte occasioni si preferisce ricorrere al taglio cesareo per timore che si verifichi una distocia di spalla del feto in quanto i figli di madre obesa hanno un rischio due volte maggiore di avere un peso superiore ai 4 kg alla nascita (macrosomia). Dal nostro studio, invece, si rilevano pochi casi di macrosomia fetale, solo il 7,4%. (Lapolla A et al, 2006; Catalano PM, 2007)

Analizzando gli esiti perineali, tra le pazienti che hanno partorito per le vie naturali il 42,4% ha avuto lacerazioni perineali ma tutte di basso grado tranne una di terzo grado. In linea con quanto affermano le evidenze scientifiche, l'obesità non sarebbe un fattore favorente le lacerazioni perineali, anzi alcuni

studi sostengono che sia, al contrario, un fattore protettivo per le lacerazioni di alto grado. La percentuale di episiotomie effettuate è risultata uguale alle donne normopeso, anche in questo caso non esistono dati che dimostrano che nelle donne obese l'incidenza dell'utilizzo di tale pratica sia più elevata.(Garretto D et al, 2016; Albers LL et al, 2006) Infine, il 32,2 % delle puerpere ha mantenuto il perineo integro.

Relativamente all'emorragia post-partum, il 17% delle pazienti obese ha avuto una emorragia post-partum, ciò significa che quasi 2 donne obese su 10 ha perso oltre 500 ml di sangue nei parti per le vie naturali e oltre 1000 ml nei tagli cesarei. La letteratura conferma questo risultato, infatti sembra che ci sia un rischio aumentato di emorragia post-partum nelle obese.(Blomberg M, 2011; Mission JF et al, 2011) Questo rischio è maggiore nelle donne che hanno partorito spontaneamente, il 23,1% ha avuto emorragia post-partum, e nelle donne che hanno avuto un parto operativo vaginale, addirittura il 50% ha avuto perdite ematiche superiori a 500 ml. Delle donne che hanno avuto un parto operativo addominale solo il 6,4 % ha avuto una perdita ematica superiore a 1000 ml.

Il rischio varia anche in base alla parità, infatti è più facile che si verifichi una emorragia post-partum nelle nullipare rispetto alle donne pluripare. Nel nostro studio il 20,3% delle nullipare obese versus il 14,2% delle pluripare

è andata incontro a questa emergenza ostetrica.

Fortunatamente poche sono state le emorragie post-partum di alto grado (3°,4° grado) solo 4 casi su 72 (7%), la restante parte è stata di basso grado (1°, 2°grado).

Questo aumento del rischio di emorragia post-partum pare che sia dovuto, nella maggior parte dei casi, ad atonia uterina: l'utero delle puerpere obese anche nel terzo stadio si contrae in modo discinetico provocando ingenti perdite di sangue. (Blomberg M, 2011) Per questo motivo le linee guida consigliano un management attivo del terzo stadio nelle pazienti obese.

CONCLUSIONI

Per concludere, si può affermare che sostanzialmente i dati emersi dal presente studio siano in linea con quanto affermato dalle evidenze scientifiche. L'obesità è un fattore di rischio importante per gli outcome negativi intrapartum e per ridurre tali rischi ci si dovrebbe attivare affinché vengano attuati i seguenti passaggi:

- adeguato counselling nella donna obesa e sovrappeso in epoca preconcezionale da parte di professionisti sanitari esperti che la aiutino a perdere peso prima del concepimento;
- adeguati servizi di assistenza primaria che garantiscano a tutte le donne in età

fertile la possibilità di ottimizzare il loro peso prima della gravidanza;

- adeguata assistenza e accompagnamento della donna in gravidanza da parte di professionisti sanitari esperti, affinché abbia il giusto aumento ponderale, soprattutto la donna con BMI sfavorevole;
- creazione di protocolli specifici da utilizzare in travaglio e al parto nelle pazienti con BMI elevato.

BIBLIOGRAFIA

- Albers LL, Greulich B, Peralta P. Body Mass Index, Midwifery Intrapartum Care, and Childbirth Lacerations. *J Midwifery Women's Heal.* 2006;51(4):249–53.
- Blomberg M. Maternal Obesity and Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2011;118(3):561–8
- Heslehurst N, Ells LJ, Simpson H, Batterham A, Wilkinson J, Summerbell CD. Trends in maternal obesity incidence rates, demographic predictors, and health inequalities in 36,821 women over a 15-year period. *BJOG.* 2007;114(2):187–94.
- Carlson NS, Hernandez TL, Hurt KJ. Parturition dysfunction in obesity: time to target the pathobiology. *Reprod Biol Endocrinol.* 2015;13(1):135.
- Catalano PM. Management of Obesity in Pregnancy. *Obs Gynecol.* 2007;109(315):419–33.
- Choi S-K, Park I-Y, Shin J. The effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on perinatal outcomes in Korean women: a retrospective cohort study. *Reprod Biol Endocrinol.* 2011;9(1):6.
- Davies G a, Maxwell C, McLeod L, Gagnon R, Basso M, Bos H, et al. Obesity in pregnancy. *J Obs Gynaecol Can.* 2010;32(2):165–73.
- Lapolla A, Dalfrà MG, Fedele D. *Obesità e gravidanza : un problema emergente ?* 2006;18:155–62.
- Mission JF, Marshall NE, Caughey AB. *Pregnancy Risks Associated with Obesity.* Vol. 42, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America.* 2015. .
- Pescetto G.; Pecorari D; De Cecco L.; Ragni N. *Ginecologia e Ostetricia.* 2013 ed. SEU; 2009. Volume 2.

SITOGRAFIA

www.epicentro.iss.it

NASCITA SENZA FUMO: indagine conoscitiva sull'abitudine al fumo in gravidanza e in puerperio

Martina Della Matera* Elsa Del Bo Erica Raffaelli° Luigia Mondoni°**

*Ostetrica presso ASST Cremona

** Ostetrica Università di Pavia

°Ostetrica Fondazione presso IRCCS Policlinico S. Matteo Pavia

RIASSUNTO

L'abitudine al fumo ancora oggi rappresenta uno dei più grandi problemi di educazione sanitaria nonostante le diverse campagne anti-tabacco. Gli effetti del fumo sulla salute delle donne, oltre a quelli su entrambi i sessi, determinano rischi aggiuntivi durante la gravidanza che possono avere effetti sulla modalità di parto e sugli esiti neonatali. Lo studio vuole osservare il consumo di tabacco in gravidanza e in puerperio, in particolare, se la gravidanza fosse o meno ragione di cambiamento dello stile di vita delle donne. Si vuole inoltre consolidare il ruolo privilegiato dell'ostetrica/o nel processo di counselling antitabagico accompagnando non solo la madre, ma la coppia, verso uno stile di vita corretto.

Parole chiave: fumo, gravidanza, abuso

INTRODUZIONE

L'abitudine al fumo ancora oggi rappresenta uno dei più grandi problemi di educazione sanitaria ed è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la principale causa di "morte evitabile" nella nostra società. Nonostante le numerose campagne anti-tabagismo i fumatori in Italia sono 11,5 milioni, di cui 4,6 milioni sono donne, e rappresentano il 22% della popolazione. Smettere di fumare è un

processo decisionale che si articola in vari stadi, denominati ciclo di Prochaska- Di Clemente, in cui l'intervento educativo del personale ostetrico può essere determinante.

SCOPO DELLO STUDIO

L'obiettivo di questo studio è stato quello di sottolineare l'importanza dell'informazione e dare uno sguardo alla diffusione del consumo

di tabacco in gravidanza e in puerperio. In particolare si è voluto osservare, in un gruppo di puerpere, l'abitudine al fumo dopo il parto nelle donne che hanno affermato di avere smesso di fumare durante la gravidanza o prima dell'instaurarsi di essa. Infine si è cercato di comprendere quali fossero le motivazioni o le cause che maggiormente spingono le donne a smettere o, al contrario, a continuare a fumare durante la gravidanza.

MATERIALI E METODI

Per effettuare la ricerca è stato somministrato, nel periodo tra il mese di maggio e il mese di agosto 2016, un questionario alle puerpere durante la loro degenza presso il reparto di Ostetricia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. Sono stati distribuiti 176 questionari a fumatrici e non. È stato poi chiesto alle donne fumatrici il consenso ad essere ricontattate dopo circa sei settimane dalla prima intervista.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Il campione del nostro studio è costituito da 176 puerpere, degenti presso la Clinica Universitaria Ostetrico-Ginecologica della Fondazione IRCCS San Matteo di Pavia di cui 152 di nazionalità italiana e 24 straniera. L'età media è di 32,6 anni e il campo di variazione o range è pari a 27 anni, dove il valore minimo osservato è di 20 anni e quello massimo 47 anni. La moda è di 32 anni e la mediana di 33 anni. La deviazione standard è

pari a 5,1. Il 63% del campione è rappresentato da primigravide, il 28 % da secondigravide e il restante 9% da plurigravide. Il campione ha una buona scolarità.

DESCRIZIONE DEL QUESTIONARIO

Le donne che hanno partecipato allo studio sono state sottoposte a due questionari, il primo durante la degenza e il secondo dopo sei settimane dal parto. I questionari sono stati somministrati alle puerpere previa chiarificazione dei contenuti e dello scopo dell'indagine. Si è cercato di formulare le domande in modo semplice e chiaro per dare modo alle donne di rispondere senza difficoltà. Dopo sei settimane dal parto le donne fumatrici sono state ricontattate, telefonicamente o per e-mail, e sottoposte a due diversi questionari in base al fatto che avessero continuato o meno a fumare durante la gravidanza.

RISULTATI

Dai questionari è emerso che il 37% (65 donne) delle donne intervistate ha affermato di essere una fumatrice o di esserlo stata prima della gravidanza mentre il restante 63% (111 donne) no. Tra quest'ultime vi sono però anche donne che hanno cessato la loro abitudine al fumo nelle gravidanze precedenti o per motivi non in relazione alla gestazione.

Delle 65 donne fumatrici, solo il 3% (2 donne) ha però continuato a fumare come prima dell'instaurarsi della gravidanza, il 20% (13 donne) ha ridotto il numero delle sigarette mentre il 77% (50 donne) ha smesso. Il cambiamento, cioè l'aver smesso o ridotto il numero delle sigarette, si è registrato nel 55% (35 donne) una volta instaurata la gravidanza, nel 30% (19 donne) prima di ricercare la gravidanza, nell' 11% (7 donne) nel primo trimestre e nel 2% (1 donna) nel secondo trimestre. Il restante 2% (1 intervistata) ha contrassegnato "Altro". Nessuna donna ha invece affermato di aver smesso nel terzo trimestre o dopo avere frequentato il corso di accompagnamento alla nascita. Tra le 50 donne che hanno cessato l'abitudine al fumo durante la gravidanza, nel 54% (27 donne) dei casi l'informazione ricevuta o ricercata sui danni arrecati dal fumo è risultata essere la motivazione che ha determinato il cambiamento. Seguono nell'8% (4 donne) il consiglio del partner, nel 4% (2 donne) un malessere legato alla gravidanza (nausea, vomito), nel 2% (1 donna) il consiglio di chi l'ha assistita durante la gravidanza ed infine nel 32% (16 donne) le donne hanno scelto "Altro".

Allo stesso modo si è cercato di comprendere il motivo che ha spinto le donne fumatrici a non smettere di fumare in gravidanza. Tra il campione di 15 donne, il 54% (8 donne) ha provato a smettere ma non vi è riuscita mentre il 33% (5 donne) ha dichiarato che lo smettere

di fumare la rendeva stressata. Il restante 13% (2 donne) non ha risposto alla domanda. Nessuna delle donne invece asserisce di non aver smesso perché "le piace fumare" o per "altri motivi". Delle 15 donne fumatrici durante la gravidanza il consumo di sigarette giornaliero è apparso: nel 60% (9 donne) da 1 a 5 sigarette al giorno, nel 20% (3 donne) da 5 a 15 sigarette e nel restante 20% (3 donne) più di 15 sigarette.

È stato inoltre possibile osservare anche l'abitudine al fumo dei partner dei quali il 36,4%, cioè 64 uomini, risulta essere fumatore mentre il 63%, cioè 111 partner, no. Una sola donna (0,6%) non ha risposto al quesito. È interessante osservare l'abitudine al fumo dei partner in relazione a quello delle donne:

- Delle 111 donne non fumatrici 82 partner sono risultati anch'essi non fumatori, contro i 29 invece fumatori.
- Delle 50 donne che hanno smesso di fumare durante la gravidanza, 23 partner hanno affermato di essere anch'essi fumatori, mentre 27 di non esserlo.
- Delle 13 donne che hanno ridotto il numero delle sigarette ma che hanno continuato a fumare, 11 partner sono risultati essere fumatori contro 2 non fumatori.
- Delle 2 donne che non hanno variato la loro abitudine al fumo, 1 non ha

risposto e 1 invece ha affermato di essere fumatore.

Dei 64 partner fumatori, il 62,5% (40 partner) non ha modificato le sue abitudini tabagiche durante la gravidanza della compagna, il 29,7% (19 partner) ha ridotto il numero di sigarette e il 4,7% (3 partner) ha smesso di fumare. Il restante 3,1% (2 partner) non ha risposto.

Si può inoltre osservare come sia mutata l'abitudine al fumo dei partner in relazione a quella delle donne intervistate:

- Dei 29 partner delle donne non fumatrici: 9 hanno ridotto il numero di sigarette, 19 hanno continuato e uno non ha risposto.
- Dei 23 partner delle donne fumatrici che hanno cessato di fumare: 3 hanno smesso, 7 hanno ridotto il numero di sigarette fumate e 13 non hanno modificato la loro abitudine al fumo.
- Dei 11 partner delle donne che hanno continuato a fumare modificando la loro abitudine al fumo: 3 hanno ridotto il numero delle sigarette e 8 hanno continuato. Nessuno ha smesso.
- Delle donne che non hanno modificato la loro abitudine al fumo: il partner fumatore ha continuato a fumare.

Volendo osservare l'azione di counselling, è stato inoltre chiesto al campione di donne se

sono state informate dai professionisti sanitari riguardo ai possibili danni provocati dal fumo: il 52% (92 puerpere) ha affermato di non essere stato informato. Tra i sanitari, il ginecologo è risultato essere il professionista che ha maggiormente informato le donne. Segue l'ostetrica e il medico di base. Sono invece risultate figure marginali il pediatra, l'infermiere e "Altro". È emerso che il metodo d'informazione più utilizzato è la spiegazione diretta a voce. Poco diffusi sono invece i volantini e i dépliant. Bisogna sottolineare che 4 donne, nonostante abbiano affermato di essere state informate, non hanno contrassegnato la modalità d'informazione.

A sei settimane dal parto le 50 donne che hanno affermato di aver smesso di fumare durante la gravidanza sono state ricontattate. Di queste hanno risposto al secondo questionario 38 donne, cioè il 76%. Dalla seconda intervista è emerso che l'81,6% (31 donne) non ha ripreso a fumare, il 15,7% (6 donne) ha ricominciato a fumare in numero minore rispetto a prima della gravidanza, mentre il 2,7% (1 donna) come prima della gravidanza. Tra le 7 donne fumatrici, 6 consumano da 1 a 5 sigarette mentre 1 donna ha dichiarato di fumare da 10 a 15 sigarette die. I dati raccolti hanno evidenziato che 4 donne hanno ripreso l'abitudine al fumo dopo qualche settimana dal parto, 2 donne dopo aver smesso di allattare e 1 ha contrassegnato "Altro". Si è inoltre cercato di comprendere le motivazioni che hanno spinto le donne a

riavvicinarsi all'abitudine al fumo; non è stato possibile ottenere una risposta poiché 4 donne ha risposto "Altro" senza motivare la scelta. 2 donne sostengono di aver ripreso a fumare dopo avere smesso di allattare e solo 1 donna perché influenzata dalle persone fumatrici che la circondano.

È stato inoltre chiesto al campione di donne se vi siano fumatori a contatto con il bambino: è emerso che nel 63% (vale a dire 24 puerpere, sia fumatrici che non, delle 38 intervistate) la risposta è stata affermativa. Le medesime hanno però affermato nel 95% dei casi (36 puerpere) di impedire al bambino il contatto con il fumo di sigaretta.

Sono state ricontattate a sei settimane dal parto anche le 15 donne fumatrici (13 che hanno ridotto il numero delle sigarette e 2 che hanno continuato a fumare) che si sono sottoposte al primo questionario e di queste hanno risposto 10 donne (67%). Di quest'ultime solo 1 donna sostiene di aver smesso dopo la nascita del bambino. È stato chiesto alle 9 donne fumatrici se avessero tentato di smettere dopo il parto: il 4 donne hanno però affermato di aver cercato di smettere e di non esserci riuscite mentre le restanti 5 donne di non averci neppure provato.

Il consumo medio di sigarette dopo il parto si aggira per 5 donne dalle 5 alle 10 sigarette al giorno, per 3 donne più di 15 sigarette e per 1 donna meno di 5 sigarette al giorno. Le 3 fumatrici sostengono di fumare dopo aver

allattato, 2 donne quando il bambino dorme e 4 donne hanno contrassegnato "Altro". Nessuna donna sostiene di fumare prima di allattare.

DISCUSSIONE

L'indagine svolta è risultata soddisfacente dal punto di vista della collaborazione delle donne nel rispondere alle domande e soprattutto nella volontà delle fumatrici di compilare il secondo questionario. Dallo studio emerge un dato molto positivo, vale a dire che il 77% delle fumatrici ha riscontrato nella gravidanza un decisivo stimolo a smettere di fumare. Molto, però, deve essere fatto per incrementare il numero delle donne che decidono di cessare l'abitudine al fumo nel periodo preconcezionale. Il sostegno da parte di professionisti a cui la donna può rivolgersi in cerca di sostegno è essenziale. Si osserva dai dati raccolti che il 54% delle donne intervistate sostiene di aver smesso di fumare dopo aver ricevuto informazioni sui danni che il fumo può arrecare alla salute propria e del bambino. Il 52% delle stesse donne ha poi affermato in seguito di non essere stata informata dal personale sanitario: è chiaro quindi che le donne hanno sì cercato informazioni ma non dai professionisti. Nonostante i dati raccolti, non è stato possibile ottenere una spiegazione sul reale motivo per cui le donne che hanno continuato a fumare non sono riuscite a smettere durante

la gravidanza. Appare chiaro che non è semplice determinare una reale causa che possa giustificare questa scelta, se non il fatto che le donne che hanno continuato a fumare non hanno riscontrato nella gravidanza un motivo per smettere. Detto ciò, sembra scontato ribadire quanto sia difficile smettere di fumare se non correttamente supportati. In questo caso il counselling ostetrico deve motivare la donna verso un cambiamento riguardo a questo stile di vita. Incrociando le abitudini delle donne con quelle dei compagni è stato possibile osservare che l'abitudine al fumo dei partner non sembra influire sul fumare delle loro compagne se non nel caso delle donne che hanno ridotto il numero delle sigarette senza però smettere. Nessuno dei compagni delle fumatrici ha invece smesso di fumare. Non è affatto semplice quindi per la donna decidere di smettere di fumare se accanto a lei vi sono persone che non lo fanno, questo può essere determinante nella non riuscita dell'azione antitabagica. I dati ottenuti sui partner delle 2 donne che non hanno modificato le loro abitudini al fumo non hanno permesso di ottenere risultati validi a causa del numero esiguo di fumatrici nel campione e al fatto che una delle due donne non ha risposto al quesito. Lo studio ha permesso inoltre di sottolineare che l'abitudine al fumo dei partner intervistati nella maggior parte dei casi non ha subito cambiamenti. I risultati mostrano quanto sia importante spiegare alle coppie che il fumo

passivo determini un fattore predisponente alla SIDS. Se infatti l'esposizione al fumo nel corso della gravidanza triplica il rischio di SIDS, l'esposizione al fumo passivo nei primi mesi di vita lo raddoppia. Non è trascurabile neppure il rischio derivante dal cosiddetto fumo di "terza mano", cioè quello che impregna abiti, pareti e tessuti di casa. Tale responsabilità non ricade quindi solo sulla madre ma entrambi i genitori dovrebbero modificare le proprie abitudini tabagiche in favore della salute del proprio bambino oltre che alla propria. Dai dati si può affermare che in percentuale le donne che hanno smesso di fumare risultano essere quelle meno informate. I dati permettono di comprendere quanto la gravidanza abbia rappresentato una motivazione valida per smettere, forse però non sufficiente per fare in modo che la decisione fosse definitiva. Conclusa la gestazione, infatti, il 21% delle donne ha ripreso a fumare, dato rilevante considerato il breve tempo intercorso dal parto. Il limite importante dello studio è il fatto che non sia stato possibile richiamare le donne dopo più mesi dalla prima intervista. Dallo studio non sono emersi dati significativi per quanto riguarda il momento e le motivazioni che le hanno indotte a riprendere l'abitudine al fumo. In quest'ultimo caso la metà delle donne ha contrassegnato altro senza dare spiegazioni. Come atteso, tra le 10 donne fumatrici che hanno risposto al secondo questionario, solo una ha smesso di fumare

dopo il parto. È stato inoltre chiesto loro se avessero cercato di smettere di fumare dopo il parto ed è emerso che 4 donne hanno tentato senza riuscirci, mentre 5 non ci hanno neanche provato.

CONCLUSIONI

L'ostetrica/o, tra tutti i professionisti sanitari, ha un ruolo privilegiato nel processo di counselling antifumo grazie al fatto che ha l'occasione di accompagnare la donna in tutte le fasi biologiche della sua vita. Nonostante ciò l'ostetrica dovrebbe avere una specifica formazione per un servizio di counselling antitabagico seguendo corsi ed approfondimenti. Questo perché smettere di fumare purtroppo può non essere facile, anche in presenza di forti motivazioni, in quanto si ha a che fare con una dipendenza molto più subdola di altre. La medesima azione di prevenzione per la cessazione dell'abitudine al fumo dovrebbe però persistere anche dopo la gravidanza. Spesso le donne riprendono a fumare dopo il parto poiché non riscontrano più motivazioni valide. In questo caso sarebbe auspicabile creare spazi a disposizione delle donne fumatrici sul territorio, con professionisti che le possano sostenere nella decisione intrapresa. La donna infine deve prendere consapevolezza delle sue potenzialità al cambiamento, ricercando la motivazione nel legame prenatale con il suo bambino, medesimo legame che può essere inficiato da uno stile di vita scorretto.

BIBLIOGRAFIA

- Istituto Superiore di Sanità, dati 2016 illustrati il 31 maggio 2016 all'Istituto superiore di sanità durante il Convegno Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale
- Sbrogiò L., Rossato Villanova M. T., Mamme libere dal fumo- guida al counselling ostetrico, 2008

ALCOL E GRAVIDANZA: indagine retrospettiva in un gruppo di puerpere

Federica Lombardi* Jessica Moretti* Patrizia Aresi[°] Elsa Del Bo
Luigia Mondoni[°]**

* Ostetrica Ospedale SS Paolo e Carlo Milano

** Ostetrica Università di Pavia

[°]Ostetrica Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo Pavia

RIASSUNTO

Nel periodo della gravidanza il consumo di alcol rappresenta un rischio non solo per la salute della donna ma, soprattutto, per quella del nascituro che potrebbe subire danni permanenti. Lo studio vuole osservare il consumo di alcol in gravidanza e in puerperio, in particolare se la gravidanza fosse o meno ragione di cambiamento dello stile di vita delle donne. Si vuole inoltre consolidare il ruolo dell'ostetrica/o nella lotta contro il consumo di alcol e nel processo di counselling preconcezionale che ha come obiettivo quello di portare la donna ad attuare uno stile di vita corretto.

Parole chiave: Alcol, gravidanza, allattamento, counselling

INTRODUZIONE

L'alcolismo è una malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcool. Gli effetti dell'alcolismo influiscono pesantemente con la salute della persona e con la vita lavorativa, relazionale e sociale. Nel periodo della gravidanza il consumo di alcol rappresenta un rischio non solo per la salute della donna ma, soprattutto, per quella del nascituro che potrebbe subire danni permanenti. Infatti, anche minime quantità di alcol possono pregiudicare la salute e lo sviluppo del feto e aumentare il rischio che si verifichi un aborto spontaneo, un parto

prematuro e un basso peso alla nascita fino ad arrivare alla sindrome alcolica fetale (FAS). La situazione si complica nel caso di gravidanze non pianificate che rappresentano, soprattutto nelle giovani donne di età compresa tra i 16 e i 19 anni, quasi la metà di tutte le gravidanze. In questo caso, il rischio che il feto sia esposto ai possibili danni causati dall'alcol è notevole. La ricerca internazionale ha evidenziato che mediamente, nel mondo, circa il 60% delle donne beve alcol in un qualche momento della gravidanza. Anche in Italia il 50-60% delle donne gravide continuano a bere alcolici.

SCOPO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare retrospettivamente in un gruppo di puerpere, il consumo di alcol durante la

gravidanza. In particolare si è voluto verificare:

- Il numero di donne che assumevano alcol prima della gravidanza e che hanno

smesso/diminuito nel periodo preconcezionale o durante la gravidanza;

- Le motivazioni che maggiormente spingono le donne a smettere/diminuire;
- Il livello di conoscenza su quanto sia realmente concesso bere durante la gravidanza e l'allattamento;
- Il grado di informazione ricevuto dai professionisti sui danni provocati dall'assunzione di alcol in gravidanza.

MATERIALE E METODI

Per effettuare l'indagine è stato somministrato, nel periodo tra il mese di giugno e il mese di agosto 2019, un questionario alle puerpere durante la loro degenza presso l'U.O. di Ostetricia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. I dati rilevati sono stati inseriti in un

DESCRIZIONE DEL QUESTIONARIO

Il questionario somministrato alle puerpere, previa chiarificazione dei contenuti e dello scopo dell'indagine, è costituito da 14 domande multiple a risposta chiusa. Si è

RISULTATI

Dall'indagine svolta emergono i seguenti dati:

Domanda 1

“Prima della gravidanza beveva?”

Risposta:

L'80% (80 donne) delle puerpere ha affermato di assumere alcol prima della gravidanza, mentre il restante 20% (20 donne) no. Con assunzione di alcol si è considerato anche il consumo 1/2 volte a settimana di vino e birra.

Inoltre si è voluto fare una correlazione tra le donne che assumevano alcol prima della gravidanza e il titolo di studio ed è emerso che il 14% (11 donne) delle donne ha titolo di studio “medie inferiori”, il 50% (40 donne) ha come titolo di studio “medie superiori” e il 36% (29 donne) ha come titolo di studio “laurea”.

Domanda 2

“Se si, cosa beveva?”

database formato excel da cui poi sono stati ricavati le percentuali e i relativi grafici.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Il campione del nostro studio è costituito da 100 puerpere, degenti presso la U.O. di Ostetricia della Fondazione IRCCS San Matteo di Pavia di cui 89 sono italiane e 11 sono straniere, 50 primipare e 50 pluripare. L'età media è di 31,3 anni e il campo di variazione o range è pari a 31 anni, dove il valore minimo osservato è di 18 anni e quello massimo di 49 anni. La moda è di 30 anni e la mediana è di 31anni. La deviazione standard è pari a 6,03 anni. Il livello di istruzione è risultato medio-alto.

cercato di formulare le domande in modo semplice e chiaro per dare modo alle donne di rispondere senza difficoltà.

Risposta:

Delle puerpere che bevevano prima della gravidanza, il 35% (28 donne) beveva vino, il 51% (41 donne) beveva birra e il 14% (11 donne) beveva alcolici/superalcolici.

Domanda 3

“Quanto beveva?”

Risposta:

Tra il gruppo di puerpere che beveva, l'86% (69 donne) ha dichiarato di bere 1-2 bicchieri alla settimana, il 14% (11 donne) ha dichiarato di bere 1 bicchiere al giorno e lo 0% ha dichiarato di bere una quantità maggiore di 1 bicchiere al giorno.

Domanda 4

“Se beveva, ha continuato a bere in gravidanza?”

Risposta:

Delle 80 donne che bevevano, il 74% (59 donne) ha dichiarato di aver smesso di bere in gravidanza. Il 26% (21 donne) invece ha dichiarato di aver continuato a bere in gravidanza.

Domanda 5

“Se sì, quanto?”

Risposta:

Delle 21 donne che hanno continuato a bere in gravidanza, il 100% ha dichiarato di farlo con una frequenza di 1-2 bicchieri alla settimana o anche meno.

Domanda 6

“Le è mai capitato di eccedere in gravidanza?”

Risposta:

Delle 100 puerpere intervistate, il 100% ha dichiarato di non aver mai ecceduto in gravidanza.

Domanda 7

“Se ha smesso/diminuito di bere, in quale momento della gravidanza si è verificato questo cambiamento?”

Risposta:

Delle 59 donne che hanno dichiarato di aver smesso di bere in gravidanza, il 14% (8 donne) ha dichiarato di averlo fatto prima di ricercare la gravidanza. L'86% (51 donne) invece ha dichiarato di averlo fatto dopo aver scoperto di essere gravida.

Domanda 8

“Quale motivo l’ha spinto a smettere?”

Risposta:

Delle 59 donne che hanno dichiarato di aver smesso di bere in gravidanza, il 76% (45 donne) dichiara di averlo fatto per le informazioni ricevute sui danni che l’alcol può provocare, il 7% (4 donne) dichiara di averlo fatto su consiglio di chi l’ha assistita in gravidanza e il 17% (10 donne) dichiara di averlo fatto su consiglio del partner.

Domanda 9

“Sa quanto è concesso bere in gravidanza?”

Risposta:

Delle 100 puerpere intervistate, il 15% ha dichiarato di sapere quanto è concesso bere in gravidanza. L’85% invece ha dichiarato di non sapere quanto è concesso bere in gravidanza.

Inoltre si è voluto fare una correlazione tra le donne che hanno dichiarato di sapere quanto si può bere in gravidanza e il titolo di studio. È emerso che il 47% (7 donne) delle donne che hanno dichiarato di sapere quanto è concesso bere in gravidanza ha come titolo di studio “medie superiori”. Invece il 53% (8 donne) delle donne che hanno dichiarato di sapere quanto è concesso bere in gravidanza hanno come titolo di studio “laurea”.

Domanda 10

“Se si, quanto?”

Risposta:

Delle 15 donne che hanno dichiarato di sapere quanto è concesso bere in gravidanza, il 73% (11 donne) ha dichiarato niente. Invece il 27% (4 donne) ha dichiarato 1 bicchiere alla settimana.

Domanda 11

“Sa quanto è concesso bere in allattamento?”

Risposta:

Delle 100 puerpere intervistate, il 16% ha dichiarato di sapere quanto è concesso bere in allattamento. Invece l’84% ha dichiarato di non sapere quanto è concesso bere in allattamento.

Inoltre si è voluto fare una correlazione tra le donne che hanno dichiarato di sapere quanto è concesso bere in allattamento con il titolo di studio. È emerso che il 50% (8 donne) delle donne che ha dichiarato di sapere quanto è concesso bere in allattamento ha come titolo di studio “medie superiori”. Invece l’altro 50% (8 donne) delle donne che ha dichiarato di sapere quanto è concesso bere in allattamento ha come titolo di studio “laurea”

Domanda 12

“Se si, quanto?”

Risposta:

Delle 16 donne che hanno dichiarato di sapere quanto è concesso bere in allattamento, il 75% (12 donne) delle donne ha dichiarato niente. Invece il 25% (4 donne) delle donne ha dichiarato 1 bicchiere alla settimana.

Domanda 13

“Tra i professionisti che ha incontrato nel corso della gravidanza qualcuno l’ha informata dei possibili danni provocati al suo bambino dall’alcool?”

Risposta:

Delle 100 puerpere intervistate, il 24% (24 donne) ha dichiarato di essere stata informata, il 74% (74 donne) ha dichiarato di non essere stata informata e il 2% (2 donne) ha dichiarato di essere stata informata solo dopo sua richiesta.

Domanda 14

“Se sì, chi l’ha informata?”

Risposta:

Delle 24 donne che hanno dichiarato di essere state informate sui possibili danni provocati dall’alcool al feto, il 50% (12 donne) ha dichiarato ginecologo, il 29% (7 donne) ha dichiarato ostetrica, l’8% (2 donne) ha dichiarato medico di base e il 13% (3 donne) ha dichiarato altro.

DISCUSSIONE

L’indagine svolta è risultata soddisfacente dal punto di vista della collaborazione delle donne nel rispondere alle domande.

Dai dati raccolti è emerso che l’80% delle donne intervistate assumeva alcol prima della gravidanza. Tra le bevande alcoliche prese in considerazione erano presenti le seguenti categorie: vino, birra e alcolici/superalcolici. Paragonando i dati raccolti con quelli epidemiologici si può osservare che le donne che bevevano prima della gravidanza risultano essere l’80%, contro il 65,4% delle donne bevitrice italiane (dato risalente al 2017). Invece le donne che hanno dichiarato di non bere prima della gravidanza costituiscono il 20%. È bene sottolineare che dell’80% (80) delle donne che bevevano prima della gravidanza ben il 74% (59) ha smesso completamente di bere durante la gravidanza. Le donne invece che non hanno

smesso di bere rappresentano il 26% (21). Da questi dati si evince che, nonostante una buona percentuale delle donne abbia smesso di bere in gravidanza, è comunque presente una percentuale (26%) che continua a farlo. Delle donne che assumevano alcol prima della gravidanza si evidenzia che la maggior parte beveva birra o vino in particolare: il 35% vino, il 51% birra e il 14% alcolici/superalcolici. Dai dati epidemiologici risulta che il 52,6% consuma vino, il 48% consuma birra e il 43,8% consuma alcolici/superalcolici/amari. La percentuale delle donne che bevevano birra (51%) non si discosta molto dai dati raccolti dall’Istituto Superiore della Sanità, la cui percentuale si aggira intorno al 48%. Si è visto anche che, come afferma l’ISS, la quota di consumatrici di bevande alcoliche aumenta all’aumentare del livello di istruzione: in realtà ci si aspetterebbe che il livello di istruzione influenzi le conoscenze delle donne. Infatti dai dati raccolti si evince che il 50% (40) ha

come titolo di studio “medie superiori” e il 36% (26) “laurea”, contro il 14% (11 donne) che ha come titolo di studio “medie inferiori”. Dall’indagine inoltre risulta che tra il gruppo di donne che beveva, l’86% (69 donne) beveva 1-2 bicchieri alla settimana, il 14% (11 donne) beveva 1 bicchiere al giorno e nessuna delle donne intervistate beveva più di un bicchiere al giorno. Rassicurante risulta essere il fatto che delle 21 donne che hanno dichiarato di aver continuato ad assumere alcol durante la gravidanza, lo hanno fatto con una frequenza di 1-2 bicchieri alla settimana (alcune donne hanno dichiarato anche 2 volte al mese). Nel campione di donne preso in analisi risulta che a nessuna è capitato di eccedere in gravidanza.

Le donne che hanno smesso di bere hanno compiuto questa scelta nell’86% dopo la positività del test di gravidanza. Solo infatti il 14% ha deciso di cambiare la sue abitudini all’alcol nel periodo preconcezionale. Nessuna invece ha cessato il consumo di bevande alcoliche nel corso del secondo o terzo trimestre. I dati raccolti infatti permettono di evidenziare il fatto che sarebbe bene che si incrementasse l’azione di counselling da parte dell’ostetrica così da incrementare il numero delle donne che decidono di cessare il consumo di alcol prima dell’instaurarsi di una gravidanza e non con l’inizio di essa. Questo può essere raggiunto grazie ad un’azione di sostegno da parte di professionisti a cui la donna può rivolgersi in cerca di sostegno.

Un altro aspetto che va sottolineato è che il 76% delle donne intervistate ha smesso di assumere alcol per le informazioni ricevute sui danni che l’alcol può provocare. La maggior parte di queste donne però ha ricevuto informazioni mediante l’utilizzo di internet e non da parte di un professionista. Infatti solo il 7% delle donne ha smesso di assumere alcol per consiglio di chi l’ha assistita in gravidanza.

Nella seconda parte del questionario si è indagato sulle reali conoscenze delle donne su quanto sia concesso bere in gravidanza e in

allattamento. Dai dati si evince che ben l’85% delle donne non sa quanto sia concesso bere in gravidanza e il dato è pressoché sovrapponibile alle conoscenze per quanto riguarda invece l’assunzione in allattamento, la cui percentuale è dell’84%. Solo il 15% delle donne ha dichiarato di sapere quanto è concesso bere in gravidanza (il 16% delle donne invece in allattamento). Ne risulta inoltre che le donne che hanno affermato di sapere quanto è concesso bere in gravidanza e allattamento hanno un titolo di studio alto: 47% con titolo di studio “medie superiori” e 53% con titolo di studio “laurea”. Approfondendo poi l’indagine e andando a valutare quanto effettivamente le donne ritenevano potesse essere concesso bere in gravidanza e in allattamento si è visto che ben il 73% delle donne ha dichiarato niente, mentre solo il 27% ha dichiarato 1 bicchiere alla settimana.

Un altro aspetto che va sottolineato è che solo il 24% delle donne dichiara di essere stata informata, da parte del personale, sui possibili danni provocati dall’alcol, mentre il 74% delle donne non è stata informata. Solo il 2% delle donne è stata informata dopo loro specifica richiesta. Tra le donne che sono state informate il 50% è stata informata dal ginecologo, il 29% dall’ostetrica, l’8% dal medico di base e il 13% da altro. È da sottolineare che le donne che sono state intervistate sono state assistite in gravidanza, nella maggior parte dei casi, da un ginecologo.

Il dato del 24% delle donne che sono state informate sui possibili danni che l’alcol può provocare è significativo in quanto fa capire la scarsa informazione in loro possesso. Infatti la maggior parte delle donne che ha smesso di assumere alcol in gravidanza lo ha fatto per le informazioni lette su internet.

CONCLUSIONI

Dall'indagine condotta sono emersi dati abbastanza confortanti in quanto una buona percentuale delle donne che bevevano prima della gravidanza poi ha smesso; resta comunque una percentuale di donne invece che ha continuato a farlo. È proprio su queste donne che dovremmo riuscire ad agire. Questo obiettivo può essere raggiunto attuando un'educazione sanitaria. In qualità di educatrice sanitaria e di promotrice della salute della donna, l'ostetrica/o esplica un ruolo fondamentale nella lotta contro il consumo di alcool in gravidanza. L'ostetrica attuando un counselling efficace può motivare la donna ad attuare stili di vita corretti già dal periodo preconcezionale. La regione Lombardia nell'attivare il percorso nascita a gestione ostetrica (Delibera regionale del 5 ottobre 2018) ha incluso lo spazio per l'accoglienza nel quale attuare eventuale counselling preconcezionale. L'ostetrica deve saper comunicare, informare e quindi educare.

Per fare ciò dovrebbe avere una specifica formazione seguendo corsi e approfondimenti al fine di attuare un counselling più corretto possibile, che motivi la donna a prendere consapevolezza delle sue capacità e del suo potenziale per arrivare ad attuare il giusto cambiamento. Al giorno d'oggi sono molto diffuse le campagne per quanto riguarda il tabagismo e quindi i danni provocati dal fumo sono ormai conosciuti da tutti. Al contrario sull'argomento alcol, in special modo in gravidanza, ancora molto si deve e si può fare.

BIBLIOGRAFIA

- ISS, Linee guida della gravidanza fisiologica 2011
- Montani A., "Sostanze d'abuso e gravidanza". Istituto di Neuroscienze CNR, 2004
- OSSFA "Guida alla diagnosi dello spettro dei disordini feto-alcolici"
- Thackray H.M., Tiff C., "La sindrome feto alcolica". Pediatrics in Review, Vol. 11 No.3 Giugno 2011

SITOGRAFIA

- www.cufrad.it
- www.epicentro.iss.it
- www.fondazione-serono.org
- www.salute.gov.it

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO E ASSISTENZIALE (PDTA)

Umberto Zanini* Alessandra Inzoli**

*U.O. Pneumologia, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Milano-Bicocca, Monza.

**U.O. Ginecologia e Ostetricia, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Milano-Bicocca, Monza.

Parole chiave: PDTA, errore medico, qualità delle cure

INTRODUZIONE

La sicurezza delle cure, la qualità del trattamento e l'efficienza dell'assistenza sanitaria sono un problema internazionale. Nel 1991, Brennan *et al.*, constatarono che una buona parte di effetti collaterali durante la degenza di un paziente erano correlati alla gestione sanitaria e che molti danni derivavano da processi di cura inferiori agli standard terapeutici. Successivamente erano stati pubblicati altri trattati sulla sicurezza del paziente, soprattutto in ambito anestesilogico, ma fu in seguito alla pubblicazione del report "*To Err is Human*" pubblicato dall' *Institute of Medicine (IOM) statunitense* che si concentrò tutta l'attenzione su questo argomento. Questo report metteva in evidenza gli enormi costi prodotti dalla manifestazione degli eventi avversi, sia in termini economici che di vite umane.

Negli Stati Uniti ogni anno a causa di errori medici muoiono più di 250.000 persone su un totale di 2.6 milioni di decessi. Se si considerasse l'errore medico come una malattia, questa occuperebbe il terzo posto

come causa di morte, preceduta dalle malattie cardiache e dalle neoplasie.

In Italia, su otto milioni di persone che vengono ricoverate ogni anno, 320.000 subiscono danni e circa 30.000 muoiono a causa di errori nelle cure o disservizi nell'assistenza.

Malgrado le complicanze non siano rare nei pazienti ospedalizzati, queste non sono in alcun modo inevitabili. Perciò, nonostante sia difficile stabilire una relazione diretta tra le variazioni terapeutiche e assistenziali e gli errori, ridurre la variabilità standardizzando i processi clinici, è uno strumento efficace per minimizzare la probabilità di errore. Parallelamente al discorso sicurezza del paziente, ridurre la variabilità e il numero di complicanze comporta anche una riduzione dei costi per il sistema sanitario.

In quest'ambito nasce la necessità di standardizzare il processo delle cure mediche e nascono i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA).

STORIA DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

I percorsi assistenziali sono nati in un periodo recente, parallelamente all'affermarsi della

managed care (assistenza sanitaria). La *managed care* compare negli Stati Uniti

intorno agli anni trenta del XX secolo, quando le grandi compagnie petrolifere, le società per la realizzazione di opere pubbliche, l'industria estrattiva mineraria, cominciarono a sentire la necessità di stabilire con gli Enti Sanitari pacchetti predefiniti di prestazioni per i propri dipendenti.

I primi percorsi assistenziali prendevano spunto dalla tecnica dei *critical pathways* (percorsi critici) usata nei processi industriali per ottimizzare i tempi di lavoro; questi descrivevano la sequenza delle attività, dall'ordine dei materiali ai fornitori, alla consegna del prodotto, che avrebbero portato ad una durata minima e produttiva del processo lavorativo.

Inoltre, gli studi sulla variabilità delle prestazioni sanitarie hanno contribuito allo sviluppo dei percorsi assistenziali; Glover evidenziò l'estrema variabilità nel ricorso alla tonsillectomia nei bambini. Nel 1936 prendendo ad esempio i dati dell'Inghilterra e del Galles, i bambini che vivevano a Bexhill pur avendo lo stesso clima dei bambini che vivevano a Birkenhead, erano sottoposti ad un tasso di tonsillectomie ventisette volte superiore. Infine, da una pubblicazione italiana dei primi anni 2000 sulla variabilità in ambito sanitario era emerso che tra i fattori principali che incidono sulla variabilità vi erano:

- La diversa disponibilità di risorse sanitarie, non sempre maggiore dove le prestazioni erano più frequenti;
- L'influenza delle varie scuole di medicina;
- L'incertezza che un intervento fosse superiore ad un altro.

PDTA: DEFINIZIONE E TERMINOLOGIA

I PDTA sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di

assistenza focalizzato sul paziente. Il fine è di incrementare la qualità dell'assistenza migliorando gli esiti, promuovendo la sicurezza, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando la spesa economica.

I PDTA sono ampiamenti utilizzati in tutto il mondo, ma nonostante il loro largo impiego esistono ancora delle perplessità a partire dalla terminologia. De Luc *et al.* hanno evidenziato diciassette sostantivi diversi tra loro per descrivere lo stesso concetto. È interessante analizzare la scelta dei termini che compongono la definizione di PDTA. L'espressione "percorso" sta a definire in modo figurato il processo di graduale avanzamento e trasformazione del malato dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e alla terapia, sottintendendo l'iter organizzativo che si realizza nel momento della presa in carico del paziente.

I termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" sono usati per definire la presa in carico totale, dalla prevenzione alla riabilitazione, della persona che ha un problema di salute e per sottolineare gli interventi multiprofessionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e di eventuale disabilità.

VANTAGGI DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

I percorsi assistenziali hanno il vantaggio di promuovere la continuità degli interventi e l'integrazione tra le unità organizzative, anche tra organizzazioni diverse riducendo così i disagi e gli inconvenienti per i pazienti. Inoltre, la costruzione e l'analisi dei percorsi assistenziali permette di identificare lentezze burocratiche e attese riducibili, attività poco utili o troppo costose, ripetizioni, rischi evitabili e a tutto ciò porvi rimedio.

Rispetto ad altre forme di gestione per processi, i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di dare risalto ai criteri di appropriatezza degli interventi e agli esiti di salute; quindi richiamare l'attenzione sul fatto che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni ma gli esiti. Inoltre, i percorsi assistenziali incidono maggiormente sulla pratica clinica se paragonate alle linee guida, perché coinvolgono più figure professionali che in seguito li dovranno applicare. La condivisione di informazioni e di punti di vista tra i partecipanti contribuisce ad una maggiore comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno nel processo assistenziale, oltre ad essere occasione di apprendimento.

Ci sono anche vantaggi medico-legali ed assicurativi: diverse Aziende Sanitarie hanno ottenuto una riduzione dei premi assicurativi per avere adottato percorsi assistenziali attenti alla gestione dei rischi, così come medici assolti da accuse di imperizia e negligenza in quanto sono stati in grado di dimostrare di avere seguito un percorso assistenziale ben strutturato.

Infine, i pazienti hanno informazioni omogenee sull'iter della loro patologia, senza differenze tra operatori o addirittura contraddizioni; si potrebbero sviluppare versioni da dare al malato che consentano di sapere in dettaglio il contenuto e i tempi degli interventi (ad esempio alzarsi in prima giornata dopo l'intervento, iniziare la fisioterapia in terza giornata); avere un ritorno dagli stessi pazienti della misura in cui il percorso viene realmente applicato.

Rotter et al. nel 2010 pubblicarono una metanalisi che comprendeva 27 studi e più di 11 mila pazienti. Gli autori hanno messo a confronto il metodo dei percorsi assistenziali con il metodo solitamente in atto nella pratica clinica. I risultati mostrarono una riduzione delle complicanze ospedaliere, della durata

della degenza e dei costi ospedalieri a fronte di un miglioramento della documentazione.

In conclusione, i percorsi assistenziali possono essere considerati un mezzo per ottimizzare l'efficienza nell'uso delle risorse, per diminuire la variabilità nei comportamenti dei sanitari, per migliorare la sicurezza e gli esiti dei pazienti.

SVANTAGGI DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

La principale critica che viene mossa verso i percorsi assistenziali è la perdita di flessibilità e autonomia insite in questo processo, con il rischio di promuovere una medicina standardizzata, poco sensibile alle caratteristiche individuali del singolo paziente.

Infatti, se le raccomandazioni di un buon percorso assistenziale sono correlate alle evidenze scientifiche più accreditate e aggiornate, non bisogna però dimenticare che riguardano nello specifico una media campione di malati che presentano la medesima condizione in esame e non tutti. Il professionista sanitario non solo è autorizzato a prendere le distanze dalle raccomandazioni dei PDTA, ma anzi deve farlo se pensa che queste non siano idonee al paziente che ha di fronte. In questo caso è necessario che lo dichiari e ne spieghi i motivi, anche per contribuire all'aggiornamento e all'articolazione del percorso stesso.

I percorsi sono un processo dinamico, in un certo senso devono essere considerati sempre provvisori, soggetti a verifiche e a continui aggiornamenti, in dipendenza dai risultati della loro applicazione e di eventuali nuove acquisizioni conoscitive e tecnologiche.

Un limite individuato nei percorsi assistenziali, così come nelle linee guida, potrebbe essere il concentrarsi solamente su uno specifico problema di salute. Oramai

molti pazienti presentano più di una malattia o disturbi associati e questo dato andrà ad incrementarsi visto il progressivo invecchiamento della popolazione. Il problema della poli-patologia non è ancora stato affrontato in forma di percorsi assistenziali più complessi.

GRAVIDANZA

L'evento nascita, in Italia, costituisce l'intervento assistenziale più frequente nelle strutture sanitarie. La gravidanza fisiologica esprime una condizione di salute, non di malattia e interessa una popolazione eterogenea con caratteristiche sempre in evoluzione.

La fisiologia del travaglio e del parto, intesa come *physis* e *logia* (natura e parola) è stata definita da A. Regalia come qualcosa che si manifesta ed è espressione di una buona funzione, con tempi e modalità dipendenti dalle caratteristiche fisiche e psichiche individuali della madre e del suo bambino, dunque diverse da donna a donna. Inoltre, un parto fisiologico rappresenta anche una "nascita salutare" che potenzia la salute della mamma e del bambino. Per contro nelle società occidentali siamo sempre più pervasi dalla medicalizzazione e molti medici affermano che la nascita si possa definire normale solo a posteriori, quindi, fino a prova contraria, tutte le nascite devono essere considerate come se fossero a rischio. L'eccessiva medicalizzazione non considera le ricadute fisiche e psichiche dei falsi positivi e rappresenta un pericolo quando applicata a persone sane: "fare di più non significa fare meglio".

Già nel 1996 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affermava: "il fine di una moderna medicina perinatale è quello di ottenere una mamma e un bimbo in perfetta salute con il livello di cure più basso

compatibile con la sicurezza [...] nella assistenza alla nascita qualsiasi intervento ostetrico deve essere attuato solo in presenza di precisi indicatori clinici basati sulle evidenze e se è dimostrato che i benefici ne superano i rischi".

Infatti, non bisogna avere l'attitudine a comportarsi come se il pericolo imminente fosse costantemente presente, non distinguendo quando è opportuno rafforzare la sorveglianza in presenza di fattori di rischio gravi, e quando invece è il caso di accompagnare in modo sereno ma vigile, le donne in situazione di normalità. Non bisogna sovrastimare la possibilità che un pericolo si manifesti in condizione di fisiologia, perché è proprio questo che porta a una eccessiva medicalizzazione.

Perciò è importante che ogni punto nascita abbia un PDTA della fisiologia del travaglio, parto e post-partum e non partire dal concetto che tutto quello che non è patologico è fisiologia.

MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA

Nel 1972 l'epidemiologo Archibald Cochrane pubblicò il Trattato "Effectiveness and Efficiency" nel quale affermava come fosse preoccupante constatare come i medici non fossero stati in grado di organizzare revisioni critiche aggiornate e disponibili sugli effetti dell'assistenza.

Dopo una serie di articoli della scuola canadese dei primi anni 80 su come utilizzare la letteratura scientifica per la pratica medica, è stato Guyatt nel 1990 a coniare per la prima volta il termine di medicina basata sulla evidenza (*Evidence-Based Medicine*, EBM) e successivamente un *Working-Group* nel 1992 della stessa università canadese definì l'EBM come "un nuovo paradigma emergente per la pratica medica". Infatti, secondo questo

nuovo approccio alla medicina, l'esperienza e le discipline di base sarebbero necessarie ma non sufficienti per prendere decisioni cliniche che invece dovrebbero essere anche basate su evidenze della letteratura, soprattutto da studi clinici controllati e randomizzati (*RCTs*) e *review* sistematiche.

Secondo David L. Sackett la medicina basata sulla evidenza rappresenta "l'uso esplicito e coscienzioso delle migliori prove scientifiche nel prendere decisioni nella pratica medica"; un approccio più rigoroso e sensibilmente diverso dal precedente porsi all'atto medico. Sempre Sackett però afferma che: "praticare la EBM significa integrare l'esperienza clinica individuale con le migliori conoscenze derivanti dalla revisione sistematica delle ricerche cliniche. Senza l'esperienza clinica, la pratica rischia di subire la tirannia delle prove scientifiche, perché anche le migliori evidenze possono essere inapplicabili o inappropriate per il paziente. Senza utilizzare i migliori risultati della ricerca clinica, la pratica rischia di divenire rapidamente obsoleta, con danno per il malato. Nessuna delle due, da sola, è sufficiente".

Nel pieno della stagione "Evidence Based", si dovrebbe riuscire a dare una veste scientifica a tutti gli atti ed a tutte le decisioni prese nella quotidiana attività del mondo sanitario, ma ciò è una mera illusione. L'adesione alle osservazioni epidemiologiche ha allontanato la pratica clinica dalle caratteristiche individuali della specifica donna. Questa concezione ha portato a quella che è stata definita una "evidenza basata sulla medicina invece che una medicina basata sull'evidenza".

In effetti esiste un *gap*, soprattutto in Ostetricia, tra il comportamento clinico praticato e quello atteso in base alle conoscenze scientifiche. Infatti, siamo di fronte ad un processo dinamico con caratteristiche spesso non definite a priori, ma che dipendono dal contesto nel quale vengono

applicate e dalle relazioni tra sistema delle cure e l'ambito della vita femminile per quanto sottende all'Ostetricia.

Pur in presenza di forti evidenze mediche a sostegno della promozione della fisiologia come elemento fondamentale per la tutela della salute della madre e del bambino, negli anni la medicalizzazione del parto non è diminuita, ma ha assunto espressioni diverse: per esempio si è ridotto il numero di tagli cesarei ma è aumentato il ricorso all'epidurale

LINEE DI INDIRIZZO DEL PERCORSO NASCITA FISIOLOGICO A GESTIONE OSTETRICA

Nel 2018 la Regione Lombardia ha approvato il documento tecnico "Linee di indirizzo del percorso nascita fisiologico a gestione ostetrica". Il nuovo modello organizzativo/assistenziale si basa sulla figura professionale dell'Ostetrica, che agisce in rete con il ginecologo, il pediatra/neonatologo e le altre professionalità coinvolte nel Percorso Nascita (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta ed eventualmente altri professionisti).

Il nuovo strumento operativo è l'Agenda del Percorso Nascita, un diario che, grazie al corretto "passaggio" delle informazioni tra la donna e tutte le figure professionali coinvolte, traccia e tiene monitorato il percorso assistenziale ostetrico in tutte le sue fasi.

La donna può registrarvi i propri desideri, i dubbi e le domande da rivolgere all'Ostetrica; i professionisti, in occasione dei diversi momenti di incontro previsti dal percorso, vi annotano e registrano ciò che rilevano e ciò che accade, così che il documento diventa per tutti uno strumento di conoscenza e di integrazione.

L'Agenda è strutturata in moduli che corrispondono al periodo preconcezionale, prenatale e postnatale.

Regione Lombardia, con questo documento, evidenzia come la continuità assistenziale e il corretto passaggio delle informazioni nelle varie fasi della gravidanza, travaglio, parto, nascita e puerperio, rappresentino l'aspetto fondamentale per incrementare i livelli di sicurezza per le madri e i neonati.

L'Agenda del Percorso Nascita è stata redatta sulla base delle Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del National Institute for Health and Care Excellence, di Società Scientifiche di Ostetricia e Ginecologia, di Società Scientifiche delle Scienze Ostetrico-Ginecologico-Neonatali, di Società Scientifiche Pediatriche e Neonatologiche, nazionali ed internazionali, ed è in linea con le prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica (Livelli Essenziali di Assistenza).

Inoltre, nel 2019, Regione Lombardia ha approvato con la delibera della Giunta Regionale (DGR), N° XI/2395 il riassetto della rete materno infantile. I cambiamenti vanno verso una sempre maggiore suddivisione dei punti nascita in un'ottica di Hub e Spoke attraverso una riorganizzazione dei reparti di Terapia Intensiva Neonatale al

fine di centralizzare le nascite a più alto rischio nelle strutture con maggiore *expertise*, aggregandoli a Centri di Medicina Materno Fetale e ubicandoli in DEA (Dipartimento Emergenza

e Accettazione) di II livello. La nuova organizzazione è supportata dal sistema Regionale di trasporto materno assistito (STAM) e dal sistema Regionale di trasporto neonatale (STEN). Mentre gli altri punti nascita continueranno a seguire le gravidanze fisiologiche o con basso rischio ostetrico e anche alcune patologie neonatali.

In questo ambito nasce la necessità di promuovere uno strumento come i PDTA, in grado di implementare le linee guida e capace di integrare due mondi: le raccomandazioni cliniche delle linee guida e gli elementi del contesto locale, in grado di condizionarne l'applicazione. Infatti, in ciascuna realtà assistenziale esistono problematiche di varia natura (strutturali, tecnologiche, organizzative, professionali, socioculturali, geografico-ambientali, normative) che richiedono spesso una rimodulazione nell'applicazione di una o più raccomandazioni delle linee guida.

BIBLIOGRAFIA

- Brennan TA, Hebert LE, Laird NM, *et al.* Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. *JAMA*. 1991 Jun 26;265(24):3265–9.
- Brennan TA, Laird NM, Leape LL, *et al.* Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. *N Engl J Med*. 1991 Feb 7;324(6):370–6.
- Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC, National Academy Press; 2000.
- Daniel M, Makary MA. Medical error the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 2016 May 3;353: i2139.
- Coen D. Margini di errore. *Mondadori Editore*; 2019.
- Brennan TA, Lawthers AG, Leape LL, *et al.* Preventing medical injury. *QRB Qual Rev Bull*. 1993 May;19(5):144–9.
- Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, *et al.* Managed care: origins, principles, and evolution. *BMJ*. 1997 Jun 21;314(7097):1823–1823.
- Glover JA. The Incidence of Tonsillectomy in School children. *Int J Epidemiol*. 2008 Feb 1;37(1):9–19.
- Morosini P, Palumbo G. Variabilità nei servizi sanitari in Italia. *Centro scientifico Editore*; 2004.
- De Luc K, Kitchiner D, Layton A, *et al.* Developing care pathways. *The Handbook (1st ed.)*. Routledge; 2001.
- Casati G, Di Stanislao F, Panella M, *et al.* Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali. *Terza edizione, Roma-Ancona, Marzo 2005*.
- www.epicentro.iss.it/focus/ocse/Qualità_professionale_e_percorsi_assistenziali.pdf
- James EL, Kinsman L, Rotter T, *et al.* Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Mar 17;(3):CD006632.
- Bestetti G, Regalia A, Spandrio R. Fisiologia della nascita: dai prodromi al post partum. *Carocci Faber Editore*; 2014.
- Bert G, Gardini A, Quadrino S. Slow medicine. Perché una medicina sobria, rispettosa e giusta è possibile. *2nd ed. Sperling & Kupfer*; 2013.
- World Health Organization. *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Report of a Technical Working Group. *Publication no. WHOIFRWMSM 196.24*. Geneva: 1996.
- Colombo G, Regalia A. La nascita: rischi reali, pericoli percepiti. *Carocci Editore*; 2018.
- Cochrane A. Efficienza ed efficacia. Riflessioni sparse sui servizi sanitari. *Il pensiero scientifico Editore*; 1999.
- Guyatt G, Meade M, Rennie D, *et al.* *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice*, 3rd ed, *American Medical Association, JAMA evidence*; 2015.
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992 Nov 4;268(17):2420-5
- Gray JA, Rosenberg WM, Sackett DL, *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71–2.

- Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico Linee guida nazionali di riferimento. *SIGO*; 2004.
- Caricchio R, Hayes-Conroy A, Horwitz RI, *et al.* From Evidence Based Medicine to Medicine Based Evidence. *Am J Med.* 2017 Nov;130(11):1246–50.
- Promozione della salute in Lombardia. Agenda del Percorso Nascita, 2018.
www.promozionesalute.regione.lombardia.it

norme per gli autori

I LAVORI DEVONO ESSERE INVIATI

Per posta elettronica all'indirizzo: presidenzaai@aogoi.it che provvederà ad inoltrarli al Comitato Scientifico. La Redazione non risponde della reperibilità di materiale inviato ad altri indirizzi. Nella lettera di accompagnamento dovrà essere indicato l'autore referente con il relativo recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica.

L'ARTICOLO DOVRA' CONTENERE:

- 1) Titolo del lavoro
- 2) Nome e cognome dell'autore/autori per esteso
- 3) Qualifica professionale ed affiliazione
- 4) Riassunto in italiano (max 10-15 righe)
- 5) Parole chiave in italiano (max 5)
- 6) Bibliografia completa in tutte le voci (vedi sotto)
- 7) Le tabelle e/o i grafici devono essere numerati e completi di titolo e riferimento nel testo
- 8) Le illustrazioni devono essere complete di didascalia e riferimento nel testo
- 9) Per i lavori di ricerca devono essere indicati: introduzione, scopo dello studio, materiale e metodi, risultati, discussione, conclusioni e bibliografia

L'autore/autori è responsabile di tutti i contenuti del testo pubblicato. I lavori sono pubblicati gratuitamente e la loro accettazione sarà comunicata al primo autore per posta elettronica. I testi proposti devono essere originali e non devono essere già stati pubblicati né inviati ad altri Editori. Il testo, preferibilmente non superiore a 20.000 caratteri (spazi inclusi), deve essere redatto in

italiano. Il titolo dell'articolo deve essere conciso, chiaro e informativo, eventuali sottotitoli necessari a compendiare il concetto predominante del lavoro. Il carattere utilizzato deve essere Times New Roman, dimensione 12 e le unità di misura riferite secondo il sistema internazionale.

BIBLIOGRAFIA

La bibliografia deve essere presentata alla fine del testo, numerata progressivamente, nell'ordine in cui i riferimenti sono citati nel testo.

Per ogni citazione di articoli si devono citare nell'ordine: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo dell'articolo, titolo della rivista, anno di pubblicazione, numero del volume. La bibliografia deve essere presentata secondo lo stile adottato dal BMJ (*Esempio di citazione bibliografica:* Tanne JH. Google launches free electronic health records service for patients, BMJ 2008; 336:1207).

Per ogni citazione di libri: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo del libro, numero di pagina nel caso di specifico riferimento, edizione oltre alla prima, cognome e iniziale del nome dei curatori dell'opera, casa editrice, città e anno di pubblicazione.

Lettera di accompagnamento:

L'autore deve formulare dichiarazione esplicita che il lavoro scientifico non è stato inviato ad altre riviste.

Gli autori ed i co-autori devono essere iscritti all'AIO.