

MAIEUTIKΟΣ

ANNO 3
NUMERO 1|2023

I TEMI IN QUESTO NUMERO



Nutrizione vegana in gravidanza: l'adeguato counselling

Il sostegno psicologico in gravidanza per una personalizzazione del percorso nascita

La comunicazione non verbale in ostetricia e la paziente straniera

Microbiota ed esiti della gravidanza

Sindrome genito-urinaria in gravidanza: una condizione da indagare

COMITATO SCIENTIFICO
AIO – ASSOCIAZIONE ITALIANA DI OSTETRICIA

Numero 1/2023

Nuova edizione Anno 3

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. Loredana Tessarin

Ost. Pina Verardi

Ost. Rosanna De Serio

Ost. Gaia H. Pallestrini

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

Gaia Pallestrini

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: Maggio 2023

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
Nutrizione vegana in gravidanza: indicazioni per un adeguato counselling <i>Ylenia Virtuoso, Luigia Mondoni, Chiara Ogliari, Gaia H. Pallesstrini</i>	5
Il sostegno psicologico in gravidanza per una personalizzazione del percorso nascita <i>Sarah Scollo, Gaia H. Pallesstrini, Lara Merli, Elsa Del Bo, Daniela Miazza</i>	14
La comunicazione non verbale in ostetricia: strumento prezioso per entrare in relazione con la donna straniera <i>Martina Rastelli, Elsa Del Bo, Giulia Severi, Gaia H. Pallesstrini, Cristiano Riccioni</i>	22
Microbiota ed esiti della gravidanza: nuove prospettive per il benessere materno-fetale-neonatale <i>Elena Porta, Antonella Simili, Gaia H. Pallesstrini, Elsa Del Bo</i>	35
Sindrome genito – urinaria in gravidanza: una condizione da indagare <i>Sofia La Spina, Gaia H. Pallesstrini, Elsa Del Bo, Rossella Nappi</i>	46

editoriale

Antonella Marchi

Presidente AIO

Cara Collega, Caro Collega,

dedichiamo questo numero di *Maieutikos* 2023, ad argomenti nuovi nel panorama professionale dell'Ostetrica iniziando con un lavoro sulla nutrizione vegana in gravidanza poiché ormai molte Società Scientifiche si sono espresse in modo favorevole, rispetto a questo tipo di alimentazione.

Quindi si amplia il ruolo di counselor delle ostetriche che, con le dovute conoscenze derivanti anche dalle indicazioni di Linee Guida in tema di veganesimo e vegetarianismo, possono supportare la donna nella scelta di un'alimentazione più naturale e preservare il mondo attraverso la difesa dell'ambiente, tema anch'esso molto caro ad ognuna di noi.

Tra i lavori pervenuti, abbiamo deciso di inserire un'importante presentazione sul microbiota umano che in gravidanza può modificarsi nella sua composizione e in caso di ecosistemi materni che non si adattano, indurre una disbiosi materna sino ad avere stati patologici che possono interferire con lo sviluppo della gravidanza stessa. Molto *affascinante* la considerazione della colonizzazione antenatale della placenta per favorire la trasmissione di microrganismi eubiotici al neonato e che potrebbero influire sulla sua salute futura.

Altri interessanti lavori inerenti la sindrome genito-urinaria in gravidanza e non ultimi per importanza, gli aspetti del sostegno psicologico durante il percorso nascita e della comunicazione non verbale in ostetricia soprattutto in riferimento alla relazione con la donna straniera.

Buona lettura

NUTRIZIONE VEGANA IN GRAVIDANZA: INDICAZIONI PER UN ADEGUATO COUNSELLING

Ylenia Virtuoso* Luigia Mondoni Chiara Ogliari ** Gaia H. Pallestrini****

* Ostetrica ASST Santi Paolo e Carlo (Ospedale San Paolo)

** Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

RIASSUNTO

Lo stato nutrizionale di una donna influisce direttamente sull'esito della gravidanza e sulla qualità del latte materno dopo il parto. Numerose società scientifiche hanno pubblicato la loro posizione ufficiale sulle diete vegetariane e si sono espresse favorevolmente nei confronti delle diete completamente vegetali ben pianificate in gravidanza, allattamento, infanzia ed età pediatrica. Le ostetriche e i medici che forniscono assistenza prenatale hanno un ruolo importante nel valutare lo stato nutrizionale delle donne e indirizzarle verso risorse adeguate nel rispetto delle loro scelte di vita. Le diete vegetariane e vegane quando non bene pianificate possono esporre madre e feto ad uno stato nutrizionale compromesso: ecco quindi l'importante ruolo del counselor durante la consulenza nutrizionale prenatale nell'offrire consigli utili e basati sulle indicazioni fornite dalle Linee Guida.

Parole chiave: dieta vegana – gravidanza – integrazione b12 – dieta plant based – linee guida - LARN

INTRODUZIONE

La Vegan Society definisce lo stile di vita vegano come una **filosofia che cerca di escludere, per quanto possibile e praticabile, tutte le forme di sfruttamento e di crudeltà verso gli animali per il cibo, il vestiario o qualsiasi altro scopo.** (1)

Secondo le rilevazioni 2022 di Eurispes, l'Istituto Italiano di Studi Politici, Economici e Sociali, i vegani rappresentano l'**1,3%** della

popolazione italiana, all'incirca 800 mila persone: anche se si tratta di un dato in calo rispetto al 2021 (quando la percentuale era del 2,4%), va comunque ritenuto una tendenza in crescita se consideriamo che nel 2014, primo anno in cui è stata condotta l'indagine sul numero di vegani in Italia, la percentuale si attestava intorno allo 0,6%. (2)

Le motivazioni che spingono un individuo ad abbracciare questo tipo di stile di vita sono

principalmente tre: l'etica animale, i vantaggi sulla salute e il basso impatto ambientale.

Si ritiene infatti che il consumo minimo di prodotti animali sia ottimale per prevenire e gestire le malattie croniche e prolungare la vita. (3,4) Diversi studi hanno dimostrato che una dieta *plant based* può ridurre il rischio cardiometabolico e contenere il peso corporeo, prevenire e curare il diabete di tipo 2, ridurre il rischio di cancro e aumentare la possibilità di remissione e sopravvivenza a seguito di una diagnosi di cancro. (5–9)

La dieta vegana è stata inoltre considerata la dieta più etica, grazie al ridotto impatto ambientale e il rispetto del benessere animale. (4,10)

Numerose società scientifiche hanno pubblicato la loro posizione ufficiale sulle diete vegetariane, e si sono espresse favorevolmente nei confronti delle diete completamente vegetali in gravidanza, allattamento, infanzia ed età pediatrica, **quando ben pianificate**. (11–13)

Anche la Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) approva le diete vegane durante la gravidanza, l'allattamento, l'infanzia e l'età pediatrica, e suggerisce con veemenza che le istituzioni governative e le organizzazioni che si occupano di nutrizione forniscano maggiori risorse educazionali a sostegno degli italiani che scelgono diete a base vegetale. (14,15)

Uno studio pubblicato su *Nutrients* ha valutato le conoscenze e i consigli auto-riportati forniti da operatori sanitari

(ostetriche/i e medici ginecologi) e dietisti olandesi durante l'assistenza a donne in gravidanza che avevano scelto di seguire rigorosamente una dieta a base vegetale. La maggior parte delle ostetriche (80,2%) e dei medici ginecologi (93,9%) considerava la dieta *plant-based* un fattore di rischio significativo per la carenza di nutrienti durante la gravidanza. Il 66,1% delle ostetriche e il 75,4% dei ginecologi hanno comunque segnalato una mancanza di conoscenza riguardo questo tipo di dieta. I caregiver intervistati consideravano inoltre come cura ottimale l'identificazione di questa abitudine alimentare e il rinvio a un dietista o a un sito web affidabile. Tuttavia, solo il 38,7% dei dietisti ha affermato di avere conoscenze sufficienti per consigliare queste donne. (16)

Alla luce di queste considerazioni, è importante che ostetriche e ginecologi siano preparati a fornire alle loro pazienti indicazioni corrette e basate sulle recenti evidenze scientifiche: un comportamento diverso potrebbe infatti esporre madre e feto ad uno stato nutrizionale compromesso.

DIETA VEGANA SÌ, MA BEN BILANCIATA

Una dieta a base vegetale non è necessariamente sempre sinonimo di "salutare". Per essere ben pianificata e bilanciata deve seguire determinati criteri:

1. Privilegiare l'assunzione di cibi integrali o minimamente trasformati e consumare abbondanti quantità e un'ampia varietà di cibi vegetali;
2. Limitare la quantità di grassi vegetali e sceglierli con attenzione, consumando buone fonti di acidi grassi omega-3 e di oli monoinsaturi, ed evitando grassi trans e oli tropicali (di cocco, di palma e di cuori di palma) per massimizzare l'efficienza della sintesi endogena degli omega-3;
3. Consumare adeguate quantità di calcio e porre attenzione allo stato della vitamina D;
4. Consumare adeguate quantità di vitamina B12 e prevederne una corretta integrazione. (15)

Quando una dieta vegana non è bilanciata ed è ricca di alimenti ultra-processati rischia di essere dannosa per la salute. Questo tipo di alimenti, infatti, sta diventando molto comune nei supermercati e viene proposto come sostituto degli alimenti di origine animale, andando ad imitarne il sapore e la consistenza. Tuttavia, la composizione degli ultra-processati basata su proteine del frumento, emulsioni di olio e addensanti è povera di micronutrienti, fibre e proteine ed è ricca di grassi saturi, zucchero e sale. Ciò li rende molto simili alla loro controparte di origine animale, andando ad aumentare il rischio di

incidenza di malattie non trasmissibili, come il diabete di tipo 2, l'obesità e le patologie cardiovascolari. (17)

IL VEGPLATE

Uno studio condotto nel 2018 da Baroni e colleghi ha portato alla realizzazione di uno schema grafico, il *VegPlate*, rappresentante i 6 principali gruppi alimentari dell'alimentazione vegana, ovvero frutta, verdura, cereali, cibi ricchi di proteine (come i legumi), frutta secca e semi, fonti di grassi e di omega-3, alimenti ricchi di calcio, vitamina D e vitamina B₁₂. Lo schema A è valido per tutta la popolazione generale, mentre lo schema B rappresenta l'incremento nutrizionale che una donna in gravidanza e allattamento dovrebbe apportare al fine di avere un'alimentazione bilanciata (FIG.1).

Mentre nel primo trimestre l'adeguatezza della dieta può essere raggiunta semplicemente includendo giornalmente il numero suggerito di porzioni per ciascun gruppo alimentare, durante il secondo trimestre (P2) e il terzo (P3) trimestre di gravidanza e durante l'allattamento (L) si rendono necessarie porzioni aggiuntive.

In particolare, nel secondo trimestre (P2) è previsto un incremento di 260 kcal/die, con 10g di proteine (16,4%), 30g di carboidrati (50,2%) e 9g di lipidi (33,4%); nel terzo trimestre (P3) si prevede un incremento di 500 kcal/die, con 28g di proteine (22,8%), 51g di carboidrati (41%) e 20g di lipidi (36,3%); mentre durante l'allattamento (L) è

previsto un aumento di 500 kcal/die, con 24g di proteine (20,1%), 53g di carboidrati (44,3%) e 19g di lipidi (35,6%).

Questi valori sono stati impostati ricalcando le indicazioni fornite dai LARN e i principi della Dieta Mediterranea. (15)

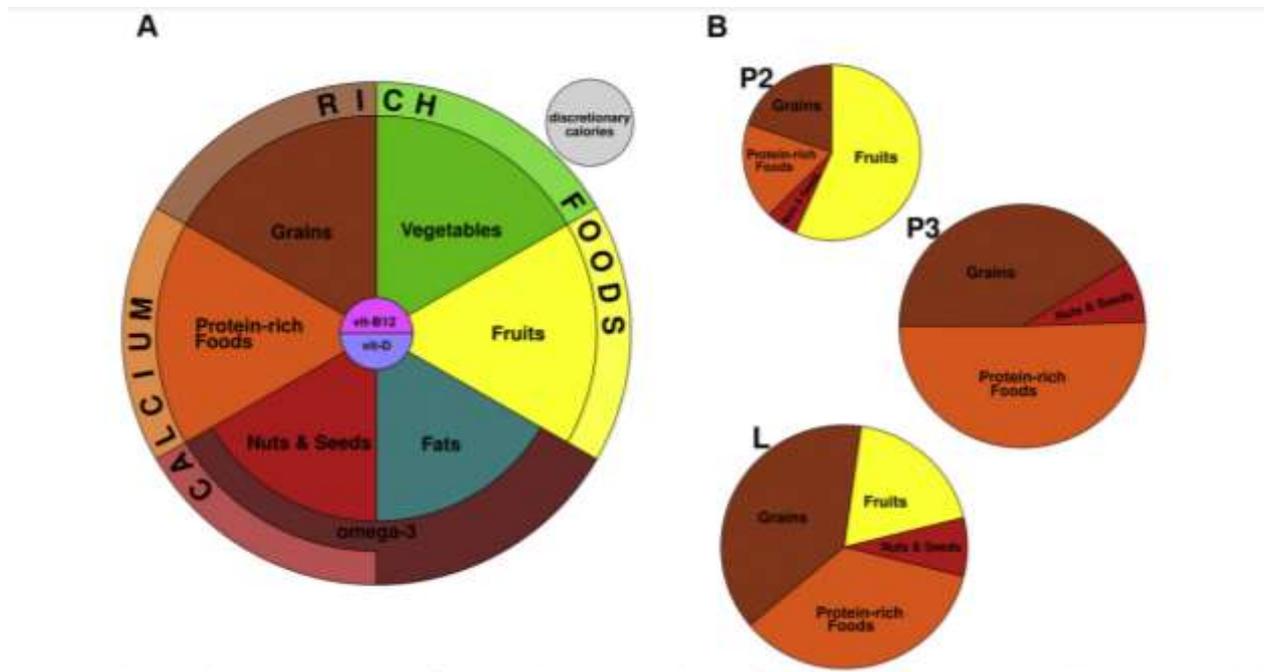


Figura 1. IL VEGPLATE. (A) Struttura base del VegPlate, che è la stessa negli adulti e durante gravidanza e allattamento. (B) Al VegPlate principale vanno aggiunte piccole porzioni durante il secondo (P2) e il terzo trimestre (P3) e l'allattamento (L).

MACRO E MICRONUTRIENTI

È ampiamente risaputo che i nutrienti a maggior rischio di carenza durante la gravidanza, indipendentemente dal tipo di

alimentazione, sono i seguenti: proteine, calcio, ferro, iodio, acido folico, omega-3, vitamina D e vitamina B₁₂.

- Come già visto, il fabbisogno di **proteine** aumenta nel secondo e nel terzo trimestre di gravidanza e può essere facilmente raggiunto, in una dieta a base vegetale, semplicemente incrementando il consumo di alimenti come i legumi, cereali, frutta a

guscio e semi oleaginosi, nonché verdura a foglia verde e derivati della soia. (15)

- I cibi ricchi di **omega-3** devono raggiungere le 2 porzioni giornaliere al fine di soddisfare le richieste nutrizionali. Come tutte le donne in gravidanza e allattamento, è comunque necessaria un'integrazione con DHA preformato pari a 100-200 mg al giorno (il DHA di derivazione algale rappresenta una alternativa adeguata a chi segue una dieta vegana!) (18)
- Prendendo in esame il **ferro**, i LARN ne consigliano la supplementazione solo in

caso di livelli di emoglobina inferiori a 10,5 g/dl, ma nel caso di un'alimentazione vegana è necessario specificare che la biodisponibilità di ferro degli alimenti vegetali è inferiore a quella degli alimenti animali. In considerazione di questo, *l'Academy of Nutrition and Dietetics* consiglia di aumentarne l'assunzione dell'80% in gravidanza, ma raggiungere questo fabbisogno solo attraverso l'alimentazione è difficile; quindi, si consiglia il consumo di alimenti come legumi e verdure a foglia verde, molto ricchi di ferro, abbinati a fonti di vitamina C, che ne aumentano l'assorbimento. È da valutare caso per caso, tuttavia, la necessità di assumere anche un integratore. (12)

- Per quanto riguarda il **calcio**, invece, l'assunzione di 6 porzioni al giorno di cibi ricchi di questo minerale (verdure a foglia verde a basso contenuto di ossalati, le crucifere, i semi di sesamo, le mandorle, i lattini e gli yoghurt vegetali arricchiti di calcio, la soia, il tempeh, il tofu cagliato con il solfato di calcio, i fichi secchi) è in grado di ricoprire i fabbisogni di calcio delle donne in gravidanza, anche se oltre le 2400 kcal al dì i fabbisogni di calcio possono venire quasi automaticamente soddisfatti grazie alla varietà dei cibi vegetali consumati. (12)
- Valori ottimali di **vitamina D** nelle donne in gravidanza sono al di sopra delle 75 nmol/l (30 ng/ml). Lo stato della vitamina

D andrebbe comunque valutato prima del concepimento, dal momento che la carenza di vitamina D nella madre può influenzare negativamente la salute della prole. La maggior parte dei polivitaminici prescritti alle donne in gravidanza contengono quantità di vitamina D insufficienti a prevenire la carenza nel neonato. A tal fine, nella donna in gravidanza (popolazione generale e vegana) si suggerisce l'assunzione di 1000-2000 UI al giorno, dosi considerate sicure. (18)

- L'integrazione della **vitamina B₁₂**, invece, è fondamentale per una gravida vegana, in quanto gli alimenti vegetali non ne contengono. È quindi necessario assumerla, ma solo attraverso integratori specifici di B₁₂. Poiché l'assorbimento della cianocobalamina è meno efficace a partire da dosi più elevate e meno frequenti, l'assunzione a partire da integratori richiede dosaggi più elevati: 50 mcg in unica assunzione giornaliera, o 1.000 mcg per 2 assunzioni settimanali (preferibilmente sublinguale).
- Infine, per quanto riguarda la **fibra**, il suo consumo dovrebbe soddisfare le assunzioni raccomandate per le donne vegane in gravidanza, attenzione però al 2° e 3° trimestre quando la capacità gastrica si riduce per effetto dell'incremento del volume uterino: in alcuni casi un'eccessiva assunzione di fibre potrebbe essere responsabile di una

riduzione delle quantità di cibo assunto e quindi una difficoltà nel raggiungere le richieste nutrizionali. In questo caso vanno preferiti succhi di frutta e verdura, cereali raffinati, legumi decorticati e cibi vegetali ricchi di energia e proteine e con ridotto contenuto di fibra (latte di soia, tofu e yogurt di soia).

BENEFICI E CARENZE

È stato dimostrato che la dieta vegana determina un elevato apporto di vitamine A, del gruppo B, C e folati, elementi fondamentali per lo sviluppo fetale e per il raggiungimento dell'aumentato fabbisogno materno ed è ricca di fibre, le quali hanno un effetto protettivo sull'insorgenza di preeclampsia e diabete gestazionale e migliorano il transito intestinale riducendo la stipsi. (Bakaloudi *et al.*, 2021) (20,21) Inoltre, presenta un minor rischio di eccessivo aumento di peso gestazionale e obesità e un'esposizione limitata a nitriti e nitrati, sostanze teratogene associate ad un rischio più elevato di insorgenza di difetti del tubo neurale nel feto e tumori in età pediatrica. (22,23) Infatti, una metanalisi che ha messo a confronto il rischio di insorgenza di malattie non trasmissibili tra dieta onnivora e vegana ha dimostrato che la dieta vegana è associata ad una diminuzione del rischio di mortalità cardiovascolare dell'8,1% e del rischio di incidenza di patologie cardiovascolari del 10,2% rispetto a quella onnivora. (24) I benefici cardiovascolari delle diete a base

vegetale sono da attribuire ad un maggiore apporto di fibre, proteine vegetali, PUFA e sostanze fitochimiche (ad esempio, antiossidanti e steroli vegetali) con un minore apporto di grassi saturi e densità energetica. Queste sostanze, infatti, riducono l'esposizione a fattori di rischio come elevati valori di colesterolo, di pressione arteriosa e di peso corporeo, poiché sono in grado di alterare i livelli degli ormoni legati alla sazietà e il microbiota intestinale. (7)

Per quanto riguarda quest'ultimo, la dieta vegana promuove lo sviluppo di un ecosistema diversificato di batteri benefici grazie alla presenza di fibre, le quali incoraggiano la crescita di specie batteriche in grado di fermentare le fibre stesse e trasformarle in metaboliti (come acidi grassi a catena corta), e di polifenoli, i quali hanno effetti antinfiammatori e salvaguardano la salute cardiovascolare. (25) Tutto questo contribuisce a sviluppare un decorso il più possibile fisiologico della gravidanza, prevenendo l'insorgenza delle problematiche sopracitate, sempre più frequenti nelle donne gravide. Infine, è stato dimostrato che, quando ben pianificata, la dieta vegana non determina carenze di vitamina B₁₂, ferritina, acido folico ed emoglobina nel sangue fetale. (26)

Per quanto riguarda le carenze, invece, se non è ben pianificata, una dieta vegana potrebbe essere a maggior rischio di carenza di energia e proteine, la quale può comportare una compromissione della crescita fetale (27); di omega-3, che è stato dimostrato determinare

un aumentato rischio di depressione post-partum (28); di vitamina B₁₂, la quale comporta iperomocisteinemia nella madre e difetti del tubo neurale nel feto (29); di calcio, che determina un eccessivo riassorbimento osseo nella madre con conseguente osteopenia (30); di ferro, che può determinare anemia sideropenica nella madre e nel neonato; e di vitamina D, che sappiamo aumentare il rischio di insorgenza di rachitismo e osteomalacia nel bambino. (30)

CONCLUSIONI

Prove aggiornate evidenziano che le diete vegetariane e vegane ben bilanciate possono essere considerate sicure per la salute della madre e per la prole durante la gravidanza e l'allattamento. A questo proposito, interventi dietetici specifici prima, durante e dopo la gestazione volti a migliorare la qualità della dieta e ad adeguare l'appropriato apporto di macro e micronutrienti si rendono necessari al fine di garantire il benessere materno-fetale. È importante sottolineare, inoltre, che prendere atto, come professionisti della salute, del numero crescente di donne che hanno scelto questo stile di vita e dell'impatto che quest'ultimo ha sulla salute e sull'ambiente è necessario, al fine di poter garantire alle donne una corretta gestione del loro stato di salute, rispettando le loro scelte di vita. Diventa quindi fondamentale sviluppare un'adeguata conoscenza dei benefici e delle possibili carenze della dieta vegana, per permettere loro di ricevere un preciso

counselling ostetrico che sia in linea con le indicazioni fornite dalla letteratura e che quindi sia promotore di un decorso fisiologico e sicuro della gravidanza.

BIBLIOGRAFIA

1. Vegan Society. Definition of veganism [Internet]. The Vegan Society. 2022 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://www.vegansociety.com/go-vegan/definition-veganism>
2. Eurispes. Documento di sintesi. 34° Rapporto Italia: percorsi di ricerca nella società italiana. 2022.
3. Clarys P, Deliens T, Huybrechts I, Deriemaeker P, Vanaelst B, De Keyzer W, et al. Comparison of nutritional quality of the vegan, vegetarian, semi-vegetarian, pescovegetarian and omnivorous diet. *Nutrients*. 24 marzo 2014;6(3):1318–32.
4. Fehér A, Gazdecki M, Véha M, Szakály M, Szakály Z. A Comprehensive Review of the Benefits of and the Barriers to the Switch to a Plant-Based Diet. *Sustainability*. gennaio 2020;12(10):4136.
5. Tantamango-Bartley Y, Jaceldo-Siegl K, Fan J, Fraser G. Vegetarian diets and the incidence of cancer in a low-risk population. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. febbraio 2013;22(2):286–94.
6. Guinter MA, McCullough ML, Gapstur SM, Campbell PT. Associations of Pre- and Postdiagnosis Diet Quality With Risk of Mortality Among Men and Women With Colorectal Cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 19 ottobre 2018;36(34):JCO1800714.
7. Craig WJ, Mangels AR, Fresán U, Marsh K, Miles FL, Saunders AV, et al. The Safe and Effective Use of Plant-Based Diets

with Guidelines for Health Professionals. *Nutrients*. 19 novembre 2021;13(11):4144.

8. Pollakova D, Andreadi A, Pacifici F, Della-Morte D, Lauro D, Tubili C. The Impact of Vegan Diet in the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Nutrients*. 21 giugno 2021;13(6):2123.

9. Barnard ND, Alwarith J, Rembert E, Brandon L, Nguyen M, Goergen A, et al. A Mediterranean Diet and Low-Fat Vegan Diet to Improve Body Weight and Cardiometabolic Risk Factors: A Randomized, Cross-over Trial. *J Am Nutr Assoc*. febbraio 2022;41(2):127–39.

10. Candy S, Turner G, Larsen K, Wingrove K, Steenkamp J, Friel S, et al. Modelling the Food Availability and Environmental Impacts of a Shift Towards Consumption of Healthy Dietary Patterns in Australia. *Sustainability*. gennaio 2019;11(24):7124.

11. American Academy of Pediatrics. Nutritional Aspects of Vegetarian Diets. In: *Pediatric Nutrition* [Internet]. 2013 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://publications.aap.org/aapbooks/book/605/Pediatric-Nutrition>

12. Melina V, Craig W, Levin S. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *J Acad Nutr Diet*. dicembre 2016;116(12):1970–80.

13. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, et al. Complementary Feeding: A Position Paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. gennaio 2017;64(1):119–32.

14. Agnoli C, Baroni L, Bertini I, Ciappellano S, Fabbri A, Papa M, et al. Position paper on vegetarian diets from the working group of the Italian Society of

Human Nutrition. *Nutr Metab Cardiovasc Dis NMCD*. dicembre 2017;27(12):1037–52.

15. Baroni L, Goggi S, Battaglini R, Berveglieri M, Fasan I, Filippin D, et al. Vegan Nutrition for Mothers and Children: Practical Tools for Healthcare Providers. *Nutrients*. 20 dicembre 2018;11(1):5.

16. Meulenbroeks D, Versmissen I, Prins N, Jonkers D, Gubbels J, Scheepers H. Care by Midwives, Obstetricians, and Dietitians for Pregnant Women Following a Strict Plant-Based Diet: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 13 luglio 2021;13(7):2394.

17. WHO. Plant-based diets and their impact on health, sustainability and the environment. A review of the evidence. 2021.

18. SIGO, AOGOI, AGUI. Nutrizione in gravidanza e durante l'allattamento. 2018. (Fondazione Confalonieri Ragonese. Raccomandazioni SIGO). Report No.: 4.

19. Bakaloudi DR, Halloran A, Rippin HL, Oikonomidou AC, Dardavesis TI, Williams J, et al. Intake and adequacy of the vegan diet. A systematic review of the evidence. *Clin Nutr Edinb Scotl*. maggio 2021;40(5):3503–21.

20. Zhang C, Liu S, Solomon CG, Hu FB. Dietary fiber intake, dietary glycemic load, and the risk for gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*. ottobre 2006;29(10):2223–30.

21. Qiu C, Coughlin KB, Frederick IO, Sorensen TK, Williams MA. Dietary fiber intake in early pregnancy and risk of subsequent preeclampsia. *Am J Hypertens*. agosto 2008;21(8):903–9.

22. Pistollato F, Sumalla Cano S, Elio I, Masias Vergara M, Giampieri F, Battino M. Plant-Based and Plant-Rich Diet Patterns during Gestation: Beneficial Effects and Possible Shortcomings. *Adv Nutr Bethesda Md*. settembre 2015;6(5):581–91.

23. Kesary Y, Avital K, Hirsch L. Maternal plant-based diet during gestation

and pregnancy outcomes. *Arch Gynecol Obstet.* ottobre 2020;302(4):887–98.

24. Quek J, Lim G, Lim WH, Ng CH, So WZ, Toh J, et al. The Association of Plant-Based Diet With Cardiovascular Disease and Mortality: A Meta-Analysis and Systematic Review of Prospect Cohort Studies. *Front Cardiovasc Med.* 2021;8:756810.

25. Tomova A, Bukovsky I, Rembert E, Yonas W, Alwarith J, Barnard ND, et al. The Effects of Vegetarian and Vegan Diets on Gut Microbiota. *Front Nutr.* 17 aprile 2019;6:47.

26. Avnon T, Anbar R, Lavie I, Ben-Mayor Bashi T, Paz Dubinsky E, Shaham S, et al. Does vegan diet influence umbilical cord vitamin B12, folate, and ferritin levels? *Arch Gynecol Obstet.* giugno 2020;301(6):1417–22.

27. Herring CM, Bazer FW, Johnson GA, Wu G. Impacts of maternal dietary protein intake on fetal survival, growth, and development. *Exp Biol Med Maywood NJ.* marzo 2018;243(6):525–33.

28. Hsu MC, Tung CY, Chen HE. Omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in prevention and treatment of maternal depression: Putative mechanism and recommendation. *J Affect Disord.* 1 ottobre 2018;238:47–61.

29. Behere RV, Deshmukh AS, Otiv S, Gupte MD, Yajnik CS. Maternal Vitamin B12 Status During Pregnancy and Its Association With Outcomes of Pregnancy and Health of the Offspring: A Systematic Review and Implications for Policy in India. *Front Endocrinol.* 2021;12:619176.

30. Koletzko B, Godfrey KM, Poston L, Szajewska H, van Goudoever JB, de Waard M, et al. Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. *Ann Nutr Metab.* 2019;74(2):93–106.

IL SOSTEGNO PSICOLOGICO IN GRAVIDANZA PER UNA PERSONALIZZAZIONE DEL PERCORSO NASCITA

Sarah Scollo* Gaia H. Pallestrini Lara Merli** Elsa Del Bo° Daniela**

Miazza°°

* Ostetrica ASST Melegnano e Martesana (Ospedale Vizzolo Predabissi)

** Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

° Ostetrica Università degli Studi di Pavia

°° Psicologa Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO

Come professionisti sanitari a stretto contatto con la maternità, abbiamo il privilegio e il compito di poter intervenire precocemente sulla nascente relazione madre-bambino, partendo dalla preziosa cura della salute mentale materna e del suo benessere psicologico, aspetti non sempre indagati se non in situazioni francamente patologiche. Nel presente articolo verranno mostrate proposte innovative in termini di assistenza ostetrica, elogiandone la facilità di applicazione in diversi ambiti: tra questi l'impiego del test IRMAG-R come strumento di screening per la salute mentale materna e gli effetti di un'educazione prenatale attenta agli aspetti psicologici della gravidanza con lo scopo di aumentare il senso di autoefficacia e benessere materno, affinché le madri possano identificare meglio e soddisfare a sufficienza i bisogni dei loro bambini.

Parole chiave: midwifery led care – Mom Power – salute mentale – IRMAG-R – sostegno psicologico

SALUTE MENTALE MATERNA: AGIRE IN GRAVIDANZA

Il modo in cui ogni donna, nella sua bellissima diversità, affronta l'evento nascita in tutte le sue sfaccettature, rappresenta il paradigma per eccellenza delle sue più profonde, arcaiche, nascoste strutture

psichiche. (1,2) I meccanismi più inconsci e primordiali che emergono in gravidanza sono

strettamente correlati alla relazione più o meno positiva che la donna adulta ha costruito con le proprie figure d'attaccamento nell'infanzia (3): questo aspetto si riflette in

maniera prepotente su tutte le future relazioni interpersonali che si verranno a creare, per esempio quella con il proprio partner, con il proprio figlio ma anche con la figura assistenziale dell'ostetrica.

Da un punto di vista psicologico si osservano meccanismi propri di un processo regressivo: la regressione all'inizio della gravidanza è indotta dalla percezione inconscia delle modificazioni organiche e ormonali e anche dalla sensazione di profonda incertezza che le attese, le aspettative sociali e il cambiamento indotto dalla gravidanza recano in sé. Alla percezione delle modificazioni organiche non segue la determinazione della loro origine; quindi, di fronte al conflitto suscitato dal dubbio ci si allontana dagli stimoli interni ed esterni con diversi meccanismi che vanno compresi e condivisi con la donna. (4)

La gravidanza, proprio per i meccanismi attivati e ri-attivati può essere un periodo favorevole per intervenire con un percorso psicologico mirato al miglioramento del benessere psicologico individuale, piuttosto che alla risoluzione di vissuti traumatici (che ci si auspica siano stati risolti prima della gravidanza...). L'intervento in questo periodo specifico del ciclo vitale di una donna può davvero fare la differenza, fungendo da terreno fertile per la crescita di nuove consapevolezza che accompagnano questa esperienza davvero straordinaria.

Il macro-obiettivo che dovremmo porci è sicuramente quello di raffinare le tecniche di assistenza dei percorsi nascita, di

preparazione al parto e di sostegno in puerperio, con nuovi modelli che tengano veramente in considerazione il centrale valore della tavolozza emozionale e affettiva della donna, ai fini di un sostegno individuale ma soprattutto sociale.

MIDWIFERY-LED CONTINUITY OF CARE: PREVENZIONE PSICOLOGICA

Preme fortemente ribadire quanto la salute mentale materna sia un ambito di competenza soprattutto ostetrica (5): occorre pensare a professionisti e professioniste estremamente vicini all'assistita e che siano in grado di coglierne anche le più sottili sfaccettature comportamentali.

La prevenzione psicologica fornita dall'ostetrica durante la gravidanza può avere dei riscontri formidabili per quanto riguarda il miglioramento degli stili di attaccamento che si verranno a creare nei futuri nascituri. (6,7)

A questo proposito, nasce l'idea e il desiderio che la figura dell'ostetrica rimanga ancorata alle sue radici più antiche e che si evolva sempre più, ricordandosi la sua più profonda missione, ovvero il *sostegno*, il quale non può prescindere dalla comprensione dell'animo e della psiche di chi si ha dinanzi.

La forza della nostra assistenza dovrebbe fondarsi su una maggiore continuità assistenziale, la cosiddetta *continuity of care*.

Il termine *midwifery-led continuity of care* (MLCC) può essere tradotto come "continuità assistenziale condotta dall'ostetrica" e

rappresenta, appunto, la continuità assistenziale fornita da una o un gruppo di ostetriche fidate nel periodo antenatale, intrapartum e post partum di una donna.(8) Lo scopo di questa ostetricia è quello di migliorare non solo la fisiologia della gravidanza e del parto, ma anche le pratiche genitoriali, potendo prevenire attaccamenti insicuri tra future madri e i loro bambini.

La stessa OMS ribadisce che: “La MLCC include: *continuità nelle cure; monitoraggio fisico, psicologico, spirituale e benessere sociale della donna e della famiglia* attraverso il percorso nascita; educazione individualizzata e counselling; assistenza in travaglio, parto e immediato post partum; continuo supporto nel periodo post-natale; identificare, riferire e coordinare interventi di salute per la donna che richiede attenzione ostetrica o specialistica di altro genere [...]”. (9,10)

A partire da questa definizione possiamo delineare e scolpire su misura il nostro nuovo modello psicologico di assistenza ostetrica, migliorando gli aspetti che riguardano l’educazione e la salute psico-fisica.

IL PROGETTO MOM POWER

È stato di particolare ispirazione uno studio estero che ha dimostrato come, un supporto psicologico, mirato a migliorare la regolazione emotiva e il benessere e cura personale, possa aumentare la connettività tra le zone encefaliche e limbiche adibite alla regolazione del legame di attaccamento.

Il progetto, chiamato *Mom Power*, si è basato sul perfezionamento e insegnamento di campi disciplinari mirati, finalizzati allo sviluppo di una forte capacità di resilienza materna. (11)

I principali pilastri del progetto si sono basati sulla conoscenza della teoria dell’attaccamento di Bowlby (12), della cura di sé, dell’esercizio fisico e spirituale, supporto sociale e accessibilità facilitata alle risorse territoriali in caso di bisogno fisico o mentale.

Il programma ha quindi previsto incontri, di gruppo e altrettanti individuali, seguiti da figure esperte che hanno trattato questi temi con estrema sensibilità e con il fine dell’insegnamento; le donne prese nel campione sono state tutte caratterizzate da storie di traumi infantili, abusi, depressione e disturbi dell’umore, condizioni altamente influenzanti il corretto attaccamento nella diade. Tutte loro erano già madri, quindi la partecipazione prevedeva anche quella dei loro bambini.

Al termine del programma le madri hanno mostrato diminuzione dei casi di depressione, dei sintomi di disturbo da stress post-traumatico e dello stress genitoriale, riferendo una riduzione della sensazione di isolamento sociale. Le partecipanti hanno inoltre migliorato la fiducia e il comfort nella genitorialità grazie ad una maggiore comprensione dei comportamenti e degli atteggiamenti dei loro bambini, offrendo quindi loro risposte adeguate alle proprie emozioni e bisogni.(11) Gli studi di brain

imaging hanno anche dimostrato che queste madri dopo la partecipazione al progetto presentano una maggiore attivazione dei "circuiti empatici" quando osservano le emozioni dei propri figli. *Mom Power* è stato il primo programma del suo genere a documentare i cambiamenti funzionali nel cervello materno ed è stato designato dall'*American Psychological Association* (Division 12) come trattamento psicologico basato sull'evidenza. (13).

È ipotizzabile che la struttura e i temi trattati in questo progetto possano entrare a far parte del nostro percorso nascita sin dall'inizio della gravidanza come cammino formativo, fino ad arrivare alla maternità ed al puerperio. Sarebbe estremamente importante iniziare un percorso di sensibilizzazione nelle madri, rendendole consapevoli delle loro enormi potenzialità affinché, tramite esercizi mirati all'aumento della loro resilienza, possano migliorare il loro senso di autoefficacia materna e siano disposte a crescere senza paura insieme ai loro figli.

IL TEST IRMAG-R

Sarebbe grandioso poter avere uno strumento, usufruibile dalla nostra figura professionale, che ci permetta di fare screening per la salute mentale materna. All'insaputa di moltissimi di noi, questo prezioso strumento esiste già ed è stato denominato test IRMAG, di invenzione italiana. (14) L'acronimo IRMAG significa *Intervista sulle Rappresentazioni Mentali Materne in Gravidanza*; le

rappresentazioni mentali materne denotano il modo in cui le gestanti si raffigurano come madri ed immaginano e interagiscono con il loro bambino.

Si tratta di uno strumento di ricerca, volto ad esplorare le rappresentazioni mentali della donna relativamente alla propria identità femminile e materna durante la gravidanza.

L'IRMAG-R (edizione riveduta) è un'intervista semistrutturata che consiste in 47 domande aperte, raggruppate in sette sezioni, che danno la possibilità alla madre di rendere una narrazione della sua esperienza. (15)

Le aree di interesse dell'intervista riguardano specificatamente: il desiderio di maternità nella storia personale e di coppia; le emozioni personali, di coppia e familiari alla notizia della gravidanza; le emozioni e i cambiamenti nel corso della gravidanza, nella vita personale, di coppia, e nel rapporto con la propria madre; le percezioni, le emozioni e le fantasie relative al *bambino interno*; le aspettative future riguardo le caratteristiche di sé come madre e le caratteristiche del bambino; la prospettiva storica della madre, riguardo il proprio ruolo attuale e passato di figlia. L'intervistatore ha inoltre a disposizione una serie di sollecitazioni che possono essere ulteriormente fornite alla madre per poter focalizzare una determinata area che si vuole indagare.

Lo strumento è piuttosto complesso ed elaborato nella somministrazione e nella codifica, tanto da richiedere uno specifico

training; consente, però, di raccogliere in maniera organizzata delle preziose informazioni sul contenuto e la struttura delle rappresentazioni materne in gravidanza, che secondo gli autori, costituiscono degli indici dell'adattamento alla gravidanza stessa e al futuro ruolo genitoriale. (14)

Più nello specifico, i parametri che vengono tenuti in considerazione per la codifica dell'intervista sono: la ricchezza delle percezioni, l'apertura al cambiamento e alla flessibilità, l'intensità di investimento, la coerenza, la differenziazione, la dipendenza sociale e la dominanza delle fantasie.

Tutti questi ambiti vengono valutati rispetto alla propria maternità e al bambino. In base alla valutazione dell'intervista registrata, si assegneranno dei punteggi per ognuna delle 7 categorie di valutazione, da 1 a 5: prima per configurare le rappresentazioni mentali di sé come madre e poi per configurare le rappresentazioni mentali rispetto al bambino. Si otterranno così due profili diversi, uno relativo a sé come madre e uno relativo al bambino; potrebbero sovrapporsi oppure essere discordanti. Ottenute le due codifiche, verrà poi identificata con una specifica rappresentazione materna definitiva.

Il test IRMAG-R, poco utilizzato nella nostra realtà, vede diversi ambiti applicativi, dalla clinica alla ricerca.

Dal punto di vista clinico, funge da strumento guida nel colloquio con la donna nel corso del delicato processo di sensibilizzazione che viene svolto nei corsi di preparazione al parto.

In questo modo l'offerta educativa sarebbe coerente con il percorso svolto dalle donne, ampliirebbe gli argomenti trattati a lezione e individuerrebbe i casi che richiedono incontri individuali (in un'ottica di monitoraggio della salute mentale).

Dobbiamo vedere il test IRMAG come uno **strumento** che faciliti il lavoro dell'ostetrica nel conoscere il vissuto e le emozioni della gestante al fine di poter lavorare efficacemente sull'empowerment della stessa. Allo stesso tempo risulta essere strumento utile anche per la donna che riesce ad esprimere sensazioni magari sepolte dagli anni, esplora i propri vissuti emozionali e visualizza eventuali aree problematiche irrisolte, dando il giusto spazio alle proprie relazioni interpersonali.

Non per ultimo, risulta fondamentale nell'individuazione di gravidanze che si configurano particolarmente a rischio, come in caso di adolescenti, traumi infantili e violenze.

Anticipare il progetto di assistenza e prevenzione psicologica in gravidanza permetterebbe di agire per tempo, impedendo che le situazioni di disagio tendano verso un peggioramento, fino alla cronicizzazione. Sarebbe per noi professionisti un'occasione di prevenzione in grado di sfruttare la risoluzione dei problemi della madre con la funzione di proteggere il nascituro dal riflesso di emozioni materne non elaborate.

APPLICABILITA' DEL TEST IRMAG -R: RISULTATI DI UN SINGLE CASE STUDY PAVESE

Questo strumento, ponendoci nelle capacità di fare screening e non diagnosi, è usufruibile dalla figura ostetrica.

Proprio per dimostrarne l'applicabilità e la grande efficacia, è stato svolto un single case study all'interno del Policlinico San Matteo, dove sono state arruolate 5 donne alle quali è stata somministrata l'intervista.

L'analisi delle interviste ha permesso di delineare e identificare i punti di forza e di debolezza delle partecipanti fino a conoscere le loro peculiari rappresentazioni mentali materne e ad assegnare loro un dato profilo. È stato particolarmente utile per dimostrare l'eterogeneità psicologica con la quale dobbiamo confrontarci tutti i giorni, soprattutto se consideriamo quanto frequenti siano i profili psicologici non sani, determinati da quadri di infanzie vissute con poca serenità.

Il margine di errore che porta alla scorretta crescita di un genitore e dei propri figli è sottilissimo e questo studio ha dimostrato come spesso noi operatori tendiamo a sottostimare affermazioni, gesti e comportamenti, ormai ritenuti normali nella nostra società, che tuttavia possono condurre ad uno squilibrio psico-emozionale della donna prima, e dell'intera famiglia, poi.

Dal single case study è emerso un profilo in particolarmente rappresentativo, che ha

mostrato tratti comportamentali materni estremamente distaccati: una madre poco consapevole dei reali bisogni dei propri figli, distaccata, emotivamente poco coinvolta, estremamente razionalizzante.

L'intervistata ha più volte mostrato disinteresse emotivo nei confronti del nascituro: questo aspetto è emerso soprattutto nel momento in cui si è affrontato l'argomento allattamento e svezzamento. In questo contesto non ha mostrato coinvolgimento, sminuendo l'importanza relazionale ed emotiva legata a questa pratica e mostrando di non riconoscere quanto questo momento potesse significare per il neonato. Secondo l'intervistata, il momento dell'allattamento si confinava solo alla pura nutrizione e soddisfazione di fame del bambino, senza tenere conto del significato, per il neonato, del contatto con la pelle e con gli occhi della sua mamma.

Nota la storia d'infanzia della donna, si è potuto da subito comprendere come questo suo grande distacco emotivo derivasse essenzialmente dal suo passato, cresciuta con genitori poco sensibili e educata ad un contegno emotivo troppo estremizzato.

A conclusione dello studio è stato possibile dimostrare quanto un percorso nascita precoce, un'applicazione del test IRMAG-R prematura e un corso di preparazione al parto mirato a cogliere e risolvere le difficoltà della madre avrebbero potuto portarla ad una maggiore consapevolezza di sé e dei suoi bambini, migliorando in primo luogo il suo

forte senso di arrendevolezza e passività, fino a riconoscere il potere dell'amore di una madre.

Per quanto riguarda il resto delle intervistate, è stato estremamente spronante vedere il grande riscontro ottenuto; tutte le donne intervistate sono rimaste piacevolmente sorprese dal colloquio: è stato espresso, da tutte, il forte senso di riflessione emerso in seguito, e che le ha spinte a migliorarsi come prossime madri. Da qui possiamo comprendere come, l'introduzione di questo strumento nel lavoro di tutti i giorni, potrebbe arricchire estremamente il nostro modello assistenziale.

CONCLUSIONI

Il benessere psico-fisico materno, fondamentale per il benessere del nascituro in grembo e per il bambino una volta nato, è obiettivo dell'assistenza ostetrica ed è compito nostro proteggerlo e monitorarlo. Come ostetriche/ostetrici, abbiamo una grandissima responsabilità e il dovere di tutelare le nuove generazioni, tramite un'assistenza primaria alle madri, che sia continuativa, profondamente dedicata ed empatica e basata sulla fiducia.

Lavorare con le madri è un contributo enorme che porgiamo all'intera società, in quanto tutto ciò che siamo deriva dalle tecniche di accudimento ricevute sin dalla permanenza in

grembo: sostenere la genitorialità è un compito nobile che può portare a grandi frutti. Tramite l'educazione prenatale è possibile far acquisire una maggiore consapevolezza del ruolo di madre affinché si instauri un legame affettivo profondo tra mamma e nascituro, volto a conoscere quest'ultimo, e a «nutrirlo» di esperienze «sostanziose» e significative che costituiscano un importante arricchimento per la sua crescita.(1) Perché tutto questo si avveri, la donna deve sapersi amare, accettare e comprendere: noi, in quanto ostetriche/i, possiamo partecipare attivamente a questo processo, abbiamo la formazione e le competenze necessarie, siamo i custodi della diade.

BIBLIOGRAFIA

1. Righetti PL, Casadei D. Sostegno psicologico in gravidanza. E Book: Magi Edizioni; 2005. 301 p.
2. Zdolska-Wawrzekiewicz A, Bidzan M, Chrzan-Dętkoś M, Pizuńska D. The Dynamics of Becoming a Mother during Pregnancy and After Childbirth. *Int J Environ Res Public Health*. 19 dicembre 2019;17(1):57.
3. Holmes J. La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola [Internet]. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2017 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://www.raffaellocortina.it/scheda-libro/jeremy-holmes/la-teoria-dellattaccamento-9788860309549-2667.html>
4. Soifer R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Artes Medicas; 1986. 124 p.
5. FNOPO. Ostetrica di famiglia e di comunità «Sentinelle» della salute Bio-psico-sociale dell'universo donna e

- famiglia. In: *Modelli promozione salute della donna e famiglia*. 2020.
6. Attili G. *Attaccamento e legami. La costruzione della sicurezza*. San Paolo Edizioni; 2018. 144 p.
 7. Røhder K, Væver MS, Aarestrup AK, Jacobsen RK, Smith-Nielsen J, Schiøtz ML. Maternal-fetal bonding among pregnant women at psychosocial risk: The roles of adult attachment style, prenatal parental reflective functioning, and depressive symptoms. *PloS One*. 2020;15(9):e0239208.
 8. Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Turienzo CF, Homer CSE. Midwifery continuity of care: A scoping review of where, how, by whom and for whom? *PLOS Glob Public Health*. 5 ottobre 2022;2(10):e0000935.
 9. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva; 2016 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>
 10. WHO. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
 11. Rosenblum KL, Muzik M, Morelen DM, Alfafara EA, Miller NM, Waddell RM, et al. A community-based randomized controlled trial of Mom Power parenting intervention for mothers with interpersonal trauma histories and their young children. *Arch Womens Ment Health*. ottobre 2017;20(5):673–86.
 12. Bowlby J. *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Cortina Raffaello; 1989. 168 p.
 13. Muzik M, Rosenblum KL, Alfafara EA, Schuster MM, Miller NM, Waddell RM, et al. Mom Power: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Arch Womens Ment Health*. giugno 2015;18(3):507–21.
 14. Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. *Maternità e gravidanza. Studio delle rappresentazioni materne*. Cortina Raffaello; 1996. 156 p.
 15. Ammaniti M, Tambelli R. Prenatal self-report questionnaires, scales and interviews. In: *Parenthood and Mental Health: A Bridge Between Infant and Adult Psychiatry*. John Wiley & Sons; 2010.

LA COMUNICAZIONE NON VERBALE IN OSTETRICIA: STRUMENTO PREZIOSO PER ENTRARE IN RELAZIONE CON LA DONNA STRANIERA

Martina Rastelli* Elsa Del Bo Giulia Severi° Gaia H. Pallestrini ° Cristiano Riccioni°°**

* Ostetrica

** Ostetrica Università degli Studi di Pavia

° Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

°° Sociologo Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO

BACKGROUND. L'obiettivo di questa indagine è analizzare la percezione delle ostetriche riguardo al fenomeno migratorio e l'impatto esperienziale e di relazione che ne deriva per quanto riguarda l'aspetto della comunicazione non verbale. **MATERIALI E METODI.** L'indagine conoscitiva ha previsto la creazione di un questionario composto da 10 domande, 8 delle quali sono state valutate dalle ostetriche su una scala Likert a 4 punti. **RISULTATI.** Lo studio ha coinvolto un campione di 80 ostetriche. Tutte le ostetriche sono consapevoli di quanto la comunicazione non verbale influenzi la comprensione di un messaggio ma la metà di loro non ha una visione aderente alla realtà del fenomeno migratorio. L'82,5% delle intervistate ritiene che la presenza di barriera linguistica sia abbastanza (42,5%) o spesso (40%) presente tuttavia, malgrado la difficoltà, quasi tutte le ostetriche (89%) si sono rese conto di aver utilizzato competenze della comunicazione non verbale e nella maggior parte dei casi ci si è riuscite capire. Il mediatore linguistico-culturale non viene quasi mai coinvolto; tuttavia, più dell'80% delle intervistate la considera un'implementazione molto (23%) o estremamente (42%) utile. **CONCLUSIONI.** Nelle applicazioni pratiche si è visto come una miglior conoscenza degli strumenti di comunicazione non verbale aiuti ad interagire con le donne in maniera efficace; tuttavia, si rendono necessarie azioni per implementare la figura del mediatore culturale e una formazione sugli strumenti di comunicazione non verbale in ambito sanitario.

Parole chiave: comunicazione non verbale – gravidanza – immigrazione – mediatore culturale

BACKGROUND

Un aspetto tipico della nostra epoca è il fenomeno migratorio a cui stiamo assistendo e che mostra le sue ripercussioni anche nel mondo della maternità. La percezione del corpo, la salute e l'assistenza sanitaria, così

come i ruoli di genere, possono variare tra paesi, regioni e gruppi etnici, in particolare quando si tratta di gravidanza e di genitorialità. Il giusto approccio nell'incontro con le donne straniere rappresenta una sfida

molto attuale che porta a riflettere sull'importanza dei gesti e sulla ricerca del modo migliore per esprimere vicinanza e aiuto concreto anche a chi non parla la nostra lingua.

Per comprendere quanto effettivamente il fenomeno migratorio abbia un impatto sulla pratica ostetrica è utile introdurre alcuni dati. In Italia, al 1° gennaio 2022 gli stranieri residenti sono 5.193.669 su un totale di 58.983.122 persone, cioè l'8,8%. Fra le nazionalità presenti prevalgono rumeni (circa 1.145.000 cittadini, il 22,73% del totale), seguiti da albanesi (8,37%), marocchini (8,22%), cinesi (5,73%) e ucraini (4,54%). Le donne sono in netta maggioranza rispetto agli uomini per quanto riguarda Romania e Ucraina, mentre il contrario succede per Marocco e Albania. Questi dati sono facilmente correlabili con le logiche migratorie e lavorative che sottendono queste popolazioni. (1)

Secondo il rapporto ISTAT sulla natalità e la fecondità della popolazione residente, dal 2012 al 2021 sono diminuiti anche i nati da genitori stranieri: i bambini con almeno un genitore straniero costituiscono il 21,5% del totale dei nati, mentre quelli nati da genitori entrambi stranieri, scesi sotto i 70 mila nel 2016, continuano a diminuire nel 2021 attestandosi a 56.926 (quasi 23 mila in meno rispetto al 2012), anche per effetto delle dinamiche migratorie nell'ultimo decennio, e costituiscono il 14,2% del totale dei nati. (2)

L'incidenza delle nascite da genitori entrambi stranieri sul totale dei nati è notoriamente molto più elevata nelle regioni del Nord (20,6% nel Nord-est, 20,1% nel Nord-ovest) dove la presenza straniera è più stabile e radicata e, in misura minore, in quelle del Centro (15,9%); nel Mezzogiorno l'incidenza è molto inferiore (5,6% al Sud e 5,2% nelle Isole) (2). Considerando la cittadinanza delle madri, al primo posto si confermano i nati da donne rumene (13.611 nati nel 2021), seguono quelli nati da donne marocchine (9.559) e albanesi (8.680); queste cittadinanze coprono il 41,1% delle nascite da madri straniere residenti in Italia. La propensione a formare una famiglia con figli tra concittadini (omogamia) è alta nelle comunità asiatiche e africane. (2)

L'ostetricia, come ogni ramo dell'assistenza sanitaria, fonda la propria essenza sulla relazione dinamica che necessita di fiducia e comprensione, discrezione e risolutezza, accompagnamento e spinta. Tutte queste sfaccettature sono accomunate da un elemento essenziale: la **comunicazione**, definita come *l'azione di rendere partecipe qualcuno di un contenuto mentale o spirituale, di uno stato d'animo, in un rapporto spesso privilegiato e interattivo*. (3)

È noto che una comunicazione efficace comprenda sia metodi verbali che non verbali. Hurst-Brown e Keens hanno identificato 8 aree necessarie per poter comunicare con successo: udito, vista, memoria, attenzione,

alternanza, contatto visivo, autoconsapevolezza e consapevolezza di gruppo. (4)

Numerosi studi iniziati in USA con lo psicologo Albert Mehrabian e ripetutamente confermati, evidenziano che durante una comunicazione tra due persone, in proporzione il messaggio ricevuto e compreso dall'ascoltatore è attribuibile per:

- Il 7% al contenuto verbale del messaggio;
 - Il 38% alle qualità analogiche della voce (tono, tempo, timbro, volume);
 - Il 55% al linguaggio non verbale (gestualità, postura, espressioni facciali).
- (5)

Quindi, per quanto le parole siano importanti, hanno un impatto molto limitato sulla comprensione del messaggio. Se dunque il ruolo verbale è così ridotto, risulta spontaneo domandarsi quanto la barriera linguistica possa essere davvero un limite nella relazione. Un punto cardine in questa trattazione è rivestito dagli studi sulle espressioni facciali portati avanti dallo psicologo Paul Ekman negli anni '60 e successivamente confermati. (6–10). Tramite vari esperimenti con popolazioni non contaminate dallo sviluppo occidentale è stato dimostrato che le espressioni innate suscitate dalle emozioni (rabbia, disgusto, tristezza, gioia, paura, sorpresa) sono universali, uguali in tutto il mondo; ciò che viene culturalmente

determinato è la gestione delle emozioni stesse, soprattutto in pubblico.

Rispetto alle difficoltà nell'approccio alla paziente immigrata e alla sua famiglia appare utile definire il concetto di *competenza culturale* in ambito clinico-assistenziale, intesa come un *insieme di attitudini individuali ed **abilità comunicative** e pratiche che rendono gli operatori capaci di realizzare efficacemente il lavoro di cura incorporando i contenuti culturali degli individui assistiti.* (11)

La mediazione linguistico-culturale può essere un'utile risorsa da mettere in atto, quando accanto all'intervento di traduzione, riesce a far comprendere il significato sotteso alle parole, apre le porte al senso che la problematica portata ha per la persona immigrata che accede al servizio e per il "mondo" a cui essa appartiene.

È fondamentale essere consapevoli che benché possa esserci una causa ben chiara e definita a livello medico ciascuna cultura ha uno specifico linguaggio legato allo *star male*, modi differenti di manifestarlo e diversi significati attribuibili a particolari accadimenti del corpo. Ad esempio, in Senegal la malattia può essere una punizione per un rituale non rispettato, in Marocco il risultato di contaminazioni è ad opera di un genio perverso abitante di luoghi impuri che si impossessa del corpo del malato e ne determina le azioni, in Occidente può essere visto come risultato di un'infezione batterica,

alla quale bisogna rispondere secondo i parametri della tecnologia medica occidentale. (12)

La mediazione linguistico-culturale in sanità è fondamentale per favorire la *compliance* alle cure ed evitare l'accadere di eventi avversi che possono determinare rischi per la salute e la sicurezza delle pazienti e dei loro figli.

La lingua e la cultura possono essere delle barriere di accesso a buone cure materno-infantili e a una buona comunicazione tra gli utenti dei servizi e i fornitori dei medesimi. (13–15). L'obiettivo di questa indagine è **analizzare la percezione delle ostetriche riguardo al fenomeno migratorio e l'impatto esperienziale e di relazione che ne deriva per quanto riguarda l'aspetto della comunicazione non verbale, le difficoltà emerse e le strategie di risoluzione effettive e potenziali.**

MATERIALI E METODI

L'indagine, pur non raggiungendo i canoni di una ricerca vera e propria, si propone di conoscere alcuni aspetti selezionati della relazione tra ostetrica italiana e paziente straniera, e ci permette di avere una fotografia di quello che le ostetriche vedono *mettendo a fuoco* il loro ambiente lavorativo attraverso il proprio *obiettivo* interiore.

La raccolta dati è avvenuta tramite l'invio via posta certificata di un questionario a compilazione anonima realizzato attraverso

l'applicazione Google Forms nel periodo di ottobre 2022.

Il questionario è composto da 10 domande, 8 delle quali sono state valutate dalle ostetriche su una scala Likert a 4 punti (per nulla, quasi mai, abbastanza, spesso/molto, sempre/moltissimo).

RISULTATI

È stato coinvolto nello studio un campione di 80 ostetriche, la maggior parte svolge attività ospedaliera di sala parto (53,7%), degenza ostetrica (30%) e ambulatorio (5%), la restante quota lavora presso il Consultorio (7,5%), è libero professionista (1,3%) o non rientra tra le precedenti categorie (2,5%).

Per quanto concerne la percezione del fenomeno migratorio, 45 ostetriche pensano che la quota di donne straniere assistite sia compreso tra il 20% e il 30%, 1 ostetrica ritiene che la percentuale non superi il 10% mentre la restante parte considera come indicativa una percentuale compresa tra il 40% e il 50%.

Sempre rimanendo nell'ambito della relazione con la donna straniera, la maggioranza ritiene che la presenza di barriera linguistica sia abbastanza (42,5%) o spesso (40%) presente. Solo in 5 casi (8,3%) si ritiene che questa barriera sia sempre presente, mentre altre 10 (12,5%) ritengono che sia presente solo alle volte.

In linea generale si può notare che la stessa stratificazione è quasi completamente

mantenuta nelle risposte alla domanda sulle difficoltà relazionali riscontrate durante l'assistenza alle donne che non parlano la nostra lingua: 5 ostetriche ritengono di aver sempre difficoltà con le donne che presentano barriera linguistica (6,3%), lo stesso numero di coloro che ritengono che la barriera sia sempre presente; 36 ostetriche (45%) hanno avuto spesso difficoltà e 28 (35%) abbastanza frequentemente; 10 (12,5%) hanno avuto raramente difficoltà e 1 mai.

Secondo la maggior parte delle ostetriche la comunicazione non verbale influenza la comprensione di un messaggio: molto per il 16,3% e moltissimo per l'83,3% (1 ostetrica non ha risposto, possibile *bias* in fase di compilazione).

Nell'89% dei casi le ostetriche hanno usato spesso (41,3%) o sempre (47,5%) le competenze della comunicazione non verbale (gesti, tocco, sorriso...), il 10% abbastanza e l'1% quasi mai.

Per quanto riguarda la comprensione del messaggio comunicato, questa si è verificata: sempre per 9 ostetriche/i (11,3%), spesso per 38 (47,5%), abbastanza per 31 (38,8%), qualche volta per 2 (2,5%).

Ai fini di una valutazione sulla consapevolezza delle ostetriche riguardo all'influenza che il non verbale ricopre nella vita privata e professionale, è stato loro chiesto anche quanto peso venisse dato allo sguardo, al tono di voce, all'aspetto della gravida/puerpera assistita e a come si pone.

Per l'85% delle rispondenti si tratta di aspetti molto significativi, ai quali badano molto (42,5%) o moltissimo (42,5%), il 13,8% ci bada abbastanza e l'1,3% non ci bada mai.

Ritornando alla relazione con la donna straniera, sono state poste anche due domande per evidenziare come venga visto il ruolo del mediatore linguistico culturale. Il 23,8% non lo ha mai chiamato, il 36,3% lo ha fatto raramente e il 27% alle volte, solo l'11,3% lo hanno fatto spesso e solo 1 sempre.

Per dare pieno valore a questi dati, è necessario confrontarli con la domanda successiva, in cui è stato chiesto se si ritenesse necessario implementare il servizio di mediazione culturale: più dell'80% delle intervistate la considera una modifica molto (28,7%) o estremamente (52,5%) utile, il 5% ha risposto quasi mai mentre il restante 13,8% abbastanza.

L'ultima domanda proposta nel questionario ha infine fatto emergere come la maggioranza delle ostetriche desideri ricevere una maggiore formazione sulla tematica della comunicazione in ambito sanitario: il 61,3% ha risposto moltissimo, il 25% molto, il 12,5% abbastanza, solo 1 ha risposto quasi mai.

DISCUSSIONE

Attraverso questo lavoro è emerso quanto la tematica migratoria sia una componente sostanziale all'interno della pratica ostetrica, soprattutto nella realtà pavese: infatti, il

26,3% dei bambini nati nel periodo da ottobre 2021 a giugno 2022 ha la mamma di nazionalità non italiana. È interessante notare come il peso del fenomeno sia percepito dalle ostetriche del territorio in maniera principalmente sovrapponibile (56%) o superiore (42%) alla realtà e di come la percezione di barriera linguistica sia relativamente significativa e quanto incida sugli aspetti comunicativi.

Le ostetriche sono già consapevoli del potere della comunicazione non verbale, anche di fronte a chi non parla la nostra lingua: la maggior parte ha risposto che nella comprensione di un messaggio la comunicazione non verbale riveste un peso significativo e riferisce di utilizzarla con efficacia durante l'assistenza alla donna.

La sottolineatura del ruolo culturale nella gestione della propria emotività porta ad evidenziare un altro aspetto chiave affinché la relazione e il servizio garantito alla donna siano davvero i migliori possibili: oltre agli strumenti della comunicazione non verbale è fondamentale il ruolo di un mediatore che non sia solo linguistico, ma culturale.

Nonostante sia evidente l'importanza di questa figura professionale in ambito ostetrico e sanitario generale, la maggioranza delle ostetriche dell'indagine non ha mai chiamato un mediatore culturale o lo ha fatto raramente. È bene sottolineare che questa scelta non sia stata dettata da una scarsa considerazione nei suoi confronti, poiché anche qui la

maggioranza delle ostetriche crede che implementare questo servizio sia molto o estremamente importante.

L'unione dei dati di queste due risposte porta quindi ad interrogarsi sul perché il mediatore linguistico culturale non venga interpellato e se fosse bene rivedere qualcosa nella modalità di offerta del servizio. Sempre rimanendo in tema di proposte, le risposte date all'ultima domanda del questionario hanno fatto emergere come una formazione che accresca le competenze comunicative possa migliorare la qualità di interazione con la donna e rappresentare quindi un utile strumento ai fini di un'assistenza ostetrica efficace.

CONCLUSIONI

La tematica di questo lavoro si è basata sull'accompagnamento e sulla relazione con la donna che accede al reparto di ostetricia, ma in maniera più specifica nasce dall'incontro con tante donne di lingua, nazionalità o culture diverse dalla nostra.

La peculiarità della relazione donna-ostetrica porta ad una comunicazione emotiva bidirezionale: sicuramente l'ostetrica riceve le emozioni provate dalla donna, ma a sua volta, esercitando la propria professione, comunica la propria sensibilità, accompagnando, sostenendo e spronando nel momento del travaglio, durante il periodo delicato della menopausa, durante la fase di ricerca di una gravidanza e nel momento della pubertà.

La sala parto rappresenta l'unico luogo all'interno dell'ospedale in cui la paziente stessa è protagonista della "prestazione sanitaria". Inoltre, la donna, nel momento del dolore e della concitazione, spesso si esprime senza i filtri che normalmente si utilizzano nell'interazione pubblica.

La cura della comunicazione è una modalità attraverso cui si esprime la qualità della relazione. Sapere attivare modalità efficaci di comunicazione significa riuscire a stabilire una relazione con la donna, saperla mantenere nei momenti critici, attivare e sostenere comportamenti che favoriscono il benessere suo e del neonato, ma anche proteggersi da frustrazioni, delusioni, reattività, aggressività e stress. (16)

ASPETTI UTILI NELLA PRATICA OSTETRICA

Nelle applicazioni pratiche si è visto come una miglior conoscenza degli strumenti di comunicazione non verbale aiuti ad interagire con le donne in maniera migliore.

Una conoscenza approfondita dei **sistemi rappresentazionali** può permettere di capire meglio quali domande e quali atteggiamenti mettano a proprio agio il paziente, seguendo la sua inclinazione.

Dall'altro lato l'esperienza del *rapport* e del *mirroring* possono aiutare nel creare maggiore sintonia e fiducia con la donna, lasciandole lo spazio di potersi esprimere liberamente.

Programmazione neuro-linguistica e sistemi rappresentazionali

La Programmazione Neuro-Linguistica (PNL) viene sinteticamente definita dai suoi inventori Richard Bandler e John Grinder come lo studio dell'esperienza soggettiva. (17) Per *esperienza soggettiva* si intende il risultato dell'interazione tra la persona e il mondo, il complesso di cognizioni, emozioni e comportamenti che ogni singolo individuo elabora per costruire sistemi di significati e strategie utili per rapportarsi con la realtà in cui è immerso.

Sulla base di queste premesse, la PNL ha individuato quattro sistemi fondamentali di filtraggio ed organizzazione della realtà che le persone utilizzano abitualmente per costruire le proprie strategie d'interazione con il mondo (18). Ciascun sistema ha lo scopo di ridurre la complessità dell'informazione sensoriale proveniente dall'esterno e trasformarla in una rappresentazione linguistica, così che possa essere utilizzata sia nella costruzione di ragionamenti, piani e strategie di comportamento che nella comunicazione con altre persone. Questi sistemi prendono il nome di *sistemi rappresentazionali* e sono:

- il sistema visivo (v): processa gli *input* visivi;
- il sistema auditivo (a): processa gli *input* auditivi;

- il sistema cinestetico (o cinestetico) (k): processa gli *input* di tipo olfattivo, gustativo e propriocettivo.
- il sistema auditivo digitale (Ad): processa i pensieri logici elaborati da tutti gli altri sistemi rappresentazionali. È la “voce interiore”, il parlare tra “sé e sé”.

Una delle scoperte più interessanti della PNL è che anche se ogni persona dispone di quattro sistemi rappresentazionali ed è perfettamente in grado di utilizzarli in qualunque momento, nel corso della propria vita tende a sviluppare e privilegiarne uno, che diventa il filtro e l’elaboratore principale delle sue strategie di comportamento.

Andando più in profondità nell’analisi dei sistemi rappresentazionali, ci si rende conto che questa sfera non coinvolge solo l’aspetto verbale, ma anche tutta la parte para-verbale e non verbale.

Quindi, la conoscenza di questo aspetto apre la possibilità di utilizzare questo strumento anche con le donne con cui è presente una barriera linguistica. Osservando con **attenzione la comunicazione non verbale e ascoltando la voce del paziente è ancora più immediato pervenire con ottima approssimazione al suo sistema rappresentazione principale.**

Nella *Figura 1* possiamo rintracciare molti aspetti utili per poter leggere la realtà dell’incontro con la donna e in generale con chi ci sta di fronte.

Quindi, preferire un sistema rispetto ad un altro modifica non solo la comunicazione verbale, ma anche il linguaggio del corpo (linguaggio non-verbale) e le qualità analogiche della voce (livello para-verbale).

	VERBALE	PARAVERBALE	NON-VERBALE
VISIVO	Predicati sensoriali visivi	- Ritmo veloce - Tono alto - Volume alto	- Gesticola in 3D - Gestualità centrifuga - Respirazione alta e veloce - Postura eretta
AUDITIVO	Predicati sensoriali auditivi	- Oratore - Diapason - Musicalità, armonia	- Posizione cornetta - Posture lateralizzate - Gestualità alle orecchie - Gestì da maestro d’orchestra
CINESTETICO	Predicati sensoriali cinestesici	- Ritmo lento - Tono basso - Volume basso	- Spalle ricurve - Testa bassa - Gestualità centripeta - Respirazione bassa e lenta

Figura 1

Andando nel dettaglio, per ogni singolo tipo rappresentazionale possiamo trovare caratteristiche specifiche:

- **PAZIENTE “VISIVO” (V):** Da un punto di vista non-verbale, il paziente visivo ha bisogno di una discreta distanza interpersonale, perché per sentirsi a proprio agio deve poter vedere bene sia l'interlocutore che lo sfondo in cui avviene la conversazione. In genere, la postura è dritta, così da permettergli un'ampia visuale. Il linguaggio dei gesti è di tipo centrifugo, le mani e le braccia si muovono verso l'esterno. L'impressione è che il paziente “veda” proiettati nell'aria i propri discorsi e ci inviti a leggerli con lui. Infine, la velocità dell'eloquio è elevata, proprio perché la voce deve adeguarsi alla rapidità con cui le immagini si susseguono nella mente. Per mantenere la velocità del discorso, dunque, il paziente visivo ha una respirazione alta, caratterizzata da respiri brevi e frequenti.

Un paziente di questo tipo non gradisce i discorsi lunghi e astratti, necessita di un contatto oculare pressoché ininterrotto ed è molto attento sia all'aspetto dell'operatore sanitario che alla qualità della sua comunicazione non verbale.

È estremamente sensibile alle condizioni ambientali e, per questo, tende a soffrire e a lamentarsi molto se viene ricoverato.

- **PAZIENTE “AUDITIVO” (A):** I pazienti auditivi sono **meno frequenti** rispetto a quelli visivi (V) e cinestetico (K), e per questo mettono maggiormente alla prova l'operatore. A meno che anche l'operatore sanitario non abbia una preferenza per il sistema rappresentazionale auditivo, risulta piuttosto complesso trovare e utilizzare espressioni adeguate a comunicare con questo tipo di paziente. Il paziente auditivo preferisce posture lateralizzate rispetto all'interlocutore e mantiene un contatto visivo molto limitato e discontinuo. Ciò può dare l'erronea impressione che il paziente non stia ascoltando o, addirittura, stia esprimendo disagio: in realtà, avendo egli bisogno di concentrarsi soprattutto sulla voce, per ricevere e inviare informazioni al meglio, tende ad escludere gli aspetti visivi o cinestetici. Quindi proprio mentre l'interlocutore auditivo non ci guarda, ci sta segnalando la massima disponibilità comunicativa. Il respiro è “mediano”, calmo e ritmato, così da consentire alla persona un'emissione controllata della voce. Questi pazienti scandiscono con precisione il ritmo del discorso e possono risultare a un ascoltatore non auditivo, verbosi e lenti. Nella comunicazione hanno esigenza di un ambiente silenzioso e possono essere molto disturbati da qualunque interferenza

esterna. L'attenzione alle minime variazioni della voce, li aiuta a captare i più lievi segnali di ansia, nervosismo o preoccupazione nell'operatore sanitario. (19)

- **PAZIENTE CINESTESICO (K):** Il paziente cinestesico in ambiente sanitario è molto rappresentato. I pazienti che provengono da una storia di sofferenze fisiche sono spesso cinestesici, forse perché per gestire meglio il dolore hanno dovuto sviluppare un'attenzione privilegiata agli aspetti propriocettivi e tattili. È il sistema rappresentazionale privilegiato anche dalla maggior parte dei professionisti. Il paziente cinestesico presenta una gestualità limitata e centripeta, verso l'interno, è sempre molto concentrato sulle sensazioni corporee e ha bisogno di tenere una limitata distanza dall'interlocutore per "sentire" di avere una buona relazione con lui. Questi pazienti possono risultare molto irritati da sensazioni di caldo o di freddo, dagli odori sgradevoli e tollerano molto male qualsiasi tipo di restrizione alimentare. Il paziente cinestesico respinge duramente i professionisti estremamente formali, che percepisce come freddi e distaccati. (19)

È bene ribadire che le persone che utilizzano rigidamente un solo sistema rappresentazionale sono piuttosto infrequenti e che perciò l'abilità che il professionista

sanitario deve sviluppare per migliorare la propria efficacia è l'essere multisensoriale.

Il Rapport e il Mirroring

In lingua inglese e francese "*rapport*" significa rapporto, sintonia e fiducia tra due o più persone. Per Bandler e Grinder la sintonia e la fiducia tra due o più comunicanti è un modello di eccellenza comunicativa che può essere creato da chiunque, con chiunque e in qualunque momento seguendo alcune procedure. (20,21)

Il *rapport* è soprattutto un'esperienza spontanea e naturale nel comportamento quotidiano ed è osservabile ogni qual volta interagiscono persone che vanno molto d'accordo, come possono essere ad esempio una coppia di fidanzati felici o dei bravi comunicatori e terapeuti. Bandler e Grinder notarono che l'accordo tra due persone è segnalato dal fatto che, senza essere consapevoli, esse si dispongono in modo tale da rispecchiare il comportamento reciproco. I due autori scoprirono che scegliendo consapevolmente di "fare specchio" ad un qualunque interlocutore, lo si guida verso uno stato di simpatia, accordo e fiducia. (22,23)

Il "*mirroring*", o rispecchiamento, delle peculiarità comunicative dell'altro consente di creare un contesto di fiducia ed empatia. Ciò si deve al fatto che l'interlocutore registra la similarità tra sé stesso e l'interlocutore: ciò lo fa sentire a proprio agio e in grado di affidarsi all'altro. (23)

L'efficacia della tecnica del *rapport* ha trovato conferme scientifiche anche nelle scoperte sul funzionamento del cervello e sull'esistenza dei *neuroni specchio*. (24,25) Questi neuroni entrano in funzione nel momento in cui osserviamo un altro essere umano fare qualcosa e si comportano come se l'osservatore stesse effettivamente compiendo l'azione osservata.

Nonostante l'apparente semplicità della tecnica, il *rapport* costituisce una potente strategia comunicativa, dagli effetti quasi magici per la solidità dell'alleanza che determina con l'altro, sia esso un paziente o semplicemente qualcuno con cui abbiamo l'esigenza di comunicare da subito nel modo più efficace possibile. Infatti, in ambito clinico per esempio, pochi minuti dopo che l'operatore ha avviato la prima fase della tecnica (il rispecchiamento), l'interlocutore inizia inconsciamente a rispecchiarlo così permette al professionista di guidare il processo comunicativo nella direzione che ritiene opportuno seguire.

Si distinguono quattro fasi per la costruzione del *rapport*: **Matching**, **Pacing**, **Ricalco**, **Guida**.

Si tratta di passaggi che è necessario eseguire in successione con garbo ed eleganza, perché se l'interlocutore percepisse nel comportamento dell'operatore sanitario fretta o imbarazzo si otterrebbe l'esatto opposto di una relazione di fiducia ed empatia. (19)

1. Il **Matching** (dall'inglese *to match*) consiste nel ricalco delle modalità comunicative verbali, non-verbali e paraverbali dell'interlocutore. Questa tecnica richiede la massima attenzione da parte del professionista: al modo in cui la persona è seduta (quindi alla posizione della schiena, l'apertura o chiusura di gambe e braccia, all'orientamento della testa, ecc); alle qualità vocali (tono, timbro, volume, tempo della voce e ritmo dell'eloquio); alle espressioni facciali; ai modi di dire o alle espressioni ricorrenti del paziente; al ritmo del respiro: respirazione alta, media o bassa, veloce o lenta. L'operatore sanitario può fare *matching* su tutti questi aspetti, o sceglierne soltanto alcuni con cautela. (19)
2. Il **Pacing** consiste nel ricalco dei movimenti del paziente, cioè nel ripetere gesti o variazioni posturali.
3. Il **Ricalco** è la somma del *matching* e del *pacing*, cioè il procedimento attraverso cui il terapeuta rimanda all'interlocutore l'insieme di strategie che ha osservato nel suo comportamento. Un buon *mirroring* equivale a comunicare non verbalmente il messaggio "Io sono simile a te, di me puoi fidarti", è dire "mi sto avvicinando alla tua mappa del mondo". (19)
4. La fase di **Guida** permette all'operatore di verificare se ha raggiunto il *rapport* con il

paziente e, eventualmente, pianificare strategie comunicative per acquisire maggiori informazioni, proporre una prescrizione o utilizzare strategicamente i contenuti emersi durante l'interazione. Per effettuare questa verifica è sufficiente che il professionista modifichi leggermente la propria postura o compia un piccolo gesto che lo distingua dall'interlocutore (toccarsi un sopracciglio, cambiare la posizione delle gambe, muovere un piede, ecc.). Se le fasi precedenti sono state ben eseguite il paziente si rispecchierà con lui.

(19)

Bandler e Grinder assegnano un'importanza fondamentale al *mirroring* non-verbale perché ritengono che la maggior parte dell'efficacia comunicativa sia veicolata da questo canale, più che dai contenuti verbali. (19)

Facendo un percorso attraverso queste applicazioni ci si rende conto della loro utilità in ambito sanitario ed ostetrico: la riflessione su questi temi ci apre alla consapevolezza che intrinsecamente al nostro atteggiamento si racchiudono le capacità per capire nel profondo l'altro e mostrargli la nostra parte più vera. La scoperta di queste strategie comunicative può davvero entrare a fare parte della pratica ostetrica, aiutando a riprendere la sua parte più romantica e filosofica.

BIBLIOGRAFIA

1. ISTAT. Rapporto annuale 2022. La situazione del paese. Roma; 2022.
2. ISTAT. Report. Natalità e fecondità della popolazione residente | ANNO 2021. La pandemia accentua il calo dei nati. Roma; 2022 dic.
3. Treccani. Dizionario dell'italiano. In: 2022^a ed. Roma; 2022.
4. Hurst-Brown L, Keens A. ENABLE Encouraging a Natural and Better Life Experience. 1990;
5. Mehrabian A. Silent Messages. Belmont, California: Wadsworth Publishing Company; 1971.
6. Ekman P. Te lo leggo in faccia. Riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste. Amrita; 2008. 270 p.
7. Ekman P. The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village. Garland STPM Press; 1980. 178 p.
8. Ekman P, Friesen WV, O'Sullivan M, Chan A, Diacoyanni-Tarlatzis I, Heider K, et al. Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. J Pers Soc Psychol. ottobre 1987;53(4):712-7.
9. Matsumoto D, Ekman P. The Relationship Among Expressions, Labels, and Descriptions of Contempt. J Pers Soc Psychol. 2004;87:529-40.
10. Sauter DA, Eisner F, Ekman P, Scott SK. Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations. Proc Natl Acad Sci U S A. 9 febbraio 2010;107(6):2408-12.
11. Geraci S. Dossier Umanamente. In: Immigrazione e salute: politiche sanitarie inclusive ed il nodo dell'accessibilità. Libanora; 2010.

12. Dotti M, Luci S. Donne in cammino. Salute e percorsi di cura di donne immigrate. Milano: Franco Angeli; 2008.
13. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2015 [citato 11 maggio 2023]. 36 p. Disponibile su: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326342>
14. Darling KEA, Gloor E, Ansermet-Pagot A, Vaucher P, Durieux-Paillard S, Bodenmann P, et al. Suboptimal access to primary healthcare among street-based sex workers in southwest Switzerland. *Postgrad Med J*. luglio 2013;89(1053):371–5.
15. Bhatia R, Wallace P. Experiences of refugees and asylum seekers in general practice: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 21 agosto 2007;8(1):48.
16. Quadrino S. Il colloquio di counselling. Metodo e tecniche di conduzione in ottica sistemica. Change; 2009. 246 p.
17. Dilts RB, Grinder J, Bandler R. Programmazione neurolinguistica. Lo studio della struttura dell'esperienza soggettiva. Astrolabio Ubaldini; 1982. 260 p.
18. Betz F, Mitroff II. Representational Systems Theory. *Manag Sci*. maggio 1974;20(9):1242–52.
19. Secci EM, Duò C. La comunicazione strategica nelle professioni sanitarie. Youcanprint; 2019. 244 p.
20. Bandler R, Grinder J. I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson [Internet]. Roma: Astrolabio Ubaldini; 1975 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://www.libreriauniversitaria.it/modell-i-tecnica-ipnotica-milton-erickson/libro/9788834008072>
21. Bandler R, Grinder J. La struttura della magia [Internet]. Roma: Astrolabio Ubaldini; 1975 [citato 12 maggio 2023]. Disponibile su: <https://www.ibs.it/struttura-della-magia-libro-richard-bandler-john-grinder/e/9788834007006>
22. Secci EM. Manuale di Psicoterapia Strategica. Edizioni Carlo Amore Roma, curatore. 2005.
23. Galasso R, Sciacca P. Capire gli altri con la PNL. I metaprogrammi per comunicare con più efficacia: I metaprogrammi per comunicare con più efficacia. FrancoAngeli; 2010. 130 p.
24. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Brain Res Cogn Brain Res*. marzo 1996;3(2):131–41.
25. Rizzolatti G, Arbib MA. Language within our grasp. *Trends Neurosci*. maggio 1998;21(5):188–94.

MICROBIOTA ED ESITI DELLA GRAVIDANZA: NUOVE PROSPETTIVE PER IL BENESSERE MATERNO-FETALE- NEONATALE

Elena Porta* Antonella Simili** Gaia H. Pallestrini** Elsa Del Bo°

* Ostetrica Ospedale Castelli ASL VCO

** Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

° Ostetrica Università di Pavia

RIASSUNTO

Il microbiota umano è l'insieme dei milioni di microrganismi simbiotici che vivono distribuiti in tutti i tessuti dell'organismo umano senza danneggiarlo. In gravidanza i cambiamenti metabolici, endocrinologici e immunologici possono portare a modifiche della composizione microbica nei diversi distretti materni. Se gli ecosistemi materni si adattano correttamente sono in grado di supportare e favorire la gravidanza durante tutti i trimestri. In caso contrario, una disbiosi materna potrebbe indurre stati patologici che andrebbero ad interferire con l'andamento della gravidanza. Sempre più studi riportano l'esistenza di un microbiota placentare fisiologico. La placenta e l'ambiente intrauterino, fino al secolo scorso, erano considerati necessariamente sterili per la tutela del feto. Oggi, l'ipotesi di una colonizzazione antenatale potrebbe rivelarsi molto utile perché, agendo sul microbiota materno, si potrebbe favorire la trasmissione di microrganismi eubiotici al futuro neonato che potrebbero influire sulla salute futura del soggetto.

Parole chiave: microbiota gravidico – parto pretermine – probiotici – microbiota intestinale – microbiota vaginale – microbiota placentare

IL MICROBIOTA UMANO

Il microbiota umano è definito come un **insieme di organismi che abitano e interagiscono con il corpo umano.** (1). Si tratta di una massa di circa 100 trilioni di microrganismi che in condizioni fisiologiche colonizzano le superfici dei diversi distretti del corpo umano esposti all'ambiente esterno: cute, vie respiratorie, apparato urogenitale e apparato digerente (che accoglie più del 70% del totale dei microbi), rendendo il corpo

umano un *superorganismo* (olobionte), costituito dalle

proprie cellule eucariote e da quelle procariotiche: il cosiddetto *homo bacteriens*. (2,3)

La composizione del microbiota varia tra i soggetti ed è diversa per ogni sito anatomico che si prende in considerazione. (4); il suo sviluppo subisce continui adattamenti nel corso della vita ed è influenzato da numerosi fattori ambientali e individuali. (5–7)

Studi recenti hanno compreso il modo in cui la genetica dell'ospite, l'ambiente prenatale e soprattutto la modalità di parto (vaginale o mediante taglio cesareo) possano plasmare il microbiota del neonato alla nascita. In seguito a ciò, i fattori postnatali, come il trattamento antibiotico, l'esposizione ambientale e in particolare le scelte alimentari (latte materno vs. formula) possano ulteriormente incidere e modulare la composizione microbica. (8–12)

Il rapporto microbiota/ospite si configura, nella maggior parte dei casi, quale di tipo *commensale*, per cui i microrganismi che risiedono entro la superficie corporea, non apportano alcun vantaggio, né svantaggio all'ospite. Per alcune specie è invece di tipo *mutualistico/simbiotico* dove la cooperazione tra differenti tipologie di organismi apporta un vantaggio da entrambe le parti: in cambio di un substrato nutritivo, i microrganismi producono una serie di molecole e proteine bioattive che sono necessarie per numerose reazioni metaboliche dell'ospite. (3) I metaboliti prodotti dai batteri intestinali, ad esempio, comprendono gli acidi grassi a catena corta (SCFA), come il butirato e il propionato, fonte di nutrienti per i colonociti (svolgono funzioni nella gluconeogenesi e hanno effetto antinfiammatorio), mentre l'acetato è un fattore di crescita per altri batteri e svolge un ruolo nel metabolismo del colesterolo.(13)

Al fianco dei commensali e dei mutualistici, vanno anche riconosciute quelle specie di

microrganismi *patogeni opportunisti* in grado di mediare la malattia in un ospite sano. (14)

I progressi nelle tecnologie di raccolta dei dati rivelano che uno squilibrio (*disbiosi*) nella composizione delle comunità microbiche associate all'ospite (microbiota) è legato non solo a patologie di tipo infettivo ma rappresenta anche una componente decisiva nello sviluppo di malattie autoimmuni, malattie infiammatorie intestinali, tumori, diabete mellito, obesità, malattie metaboliche e cardiovascolari. (15)

Questa associazione rende la disbiosi un concetto centrale per comprendere come il microbiota umano contribuisca alla salute e alla malattia. La disbiosi può essere definita come *una diminuzione della diversità microbica intestinale a causa di uno spostamento nell'equilibrio tra microrganismi commensali e potenzialmente patogeni* (16) o la *perdita di organismi microbici benefici, crescita di agenti patogeni e perdita di diversità microbica* (17). Un classico esempio lo ritroviamo nelle infezioni genitali femminili da *Candida Albicans*: questo lievito in condizioni normali è un ospite innocuo, ma un'alterazione del microbiota locale può causare una diminuzione dell'immunità tissutale, permettendo un aumento della crescita del fungo che diventa così patogeno. (18)

Studi recenti hanno compreso come la disbiosi intestinale possa interferire e disturbare direttamente o indirettamente anche l'equilibrio fisiologico caratteristico della

gravidanza, portando ad un disadattamento materno che a sua volta influisce negativamente sull'esito della stessa. (19)

Diventa quindi comprensibile come una condizione di disbiosi si correli facilmente a patologie che influenzano la gravidanza come il parto pretermine, la rottura prematura delle membrane (di origine infettiva), l'ipertensione e il diabete gestazionale (20)

IL MICROBIOTA IN GRAVIDANZA

Le modifiche dell'aspetto endocrino, metabolico e immunitario nell'organismo di una donna in gravidanza provocano modifiche delle condizioni ambientali che inducono notevoli cambiamenti del microbiota. Questi cambiamenti della qualità e quantità batterica sono collegati allo stato fisiologico dell'ospite e **sono sempre maggiori le evidenze scientifiche che affermano quanto l'evoluzione del microbiota sia fondamentale per garantire lo stato di salute della donna e del feto.** (21)

Microbiota intestinale

Le donne hanno un microbiota intestinale unico che può essere classificato in diverse classi o *enterotipi*. A loro volta, questi sono caratterizzati da diversi gruppi di batteri. (22,23) Attualmente sono riconosciute tre classi di enterotipi, ciascuna con il suo gruppo dominante di batteri: enterotipo I, che è caratterizzato dalla presenza di *Bacteroides*; enterotipo II, caratterizzato da *Prevotella*; e

enterotipo III, dominato da *Ruminococcus*. I tre enterotipi hanno funzioni diverse e specifiche, producendo energia dai carboidrati o dalle proteine. Un diverso enterotipo caratterizza ogni individuo e può essere modificato da vari fattori, tra cui la dieta e il BMI.

Il microbiota intestinale nel primo trimestre di gravidanza assomiglia al microbiota di donne sane non gravide. (24–26) Tuttavia, dal primo al terzo trimestre, si assiste ad un cambiamento significativo nella composizione della microflora intestinale che verso il termine di gravidanza mostra proporzioni più elevate di bifidobatteri, proteobatteri (*Phylum Proteobacteria*) e batteri produttori di acido lattico associati all'infiammazione a discapito dei ceppi antinfiammatori produttori di butirrato, come il *Faecalibacterium*. (24–27) Inoltre, il microbiota intestinale materno cresce meno attivamente, raggiungendo una fase stazionaria accompagnata da ridotta motilità intestinale e aumento della permeabilità intestinale. (27)

Questa produzione batterica è in linea con i cambiamenti metabolici che caratterizzano l'avanzare della gravidanza e che includono un aumento della gluconeogenesi, della lipolisi e dell'insulino-resistenza: condizione diabetogena funzionale all'iperglicemia fisiologica materna, che a sua volta aumenta la disponibilità di glucosio per il feto in crescita.

Lo dimostra anche uno studio del 2012 condotto da Koren e colleghi che ha utilizzato una tecnica di trapianto microbico, in cui campioni di microbiota fecale del primo e terzo trimestre sono stati trasferiti in topi privi di germi (GF) per poi osservarne gli effetti sul metabolismo. Dopo aver trasferito il microbiota intestinale del terzo trimestre in topi GF, i topi sono aumentati di peso, hanno sviluppato resistenza all'insulina ed erano in uno stato infiammatorio maggiore rispetto ai topi trapiantati con microbiota del primo trimestre. (24)

Microbiota vaginale

Nel tratto riproduttivo femminile sano, i lattobacilli sono i batteri dominanti. Una delle funzioni chiave dei lattobacilli è quella di attivare il metabolismo del glicogeno trasformandolo in acido lattico e inducendo un basso pH vaginale (3,8-4,4). (28) Questo crea un ambiente sfavorevole per la crescita di batteri patogeni. (29) Come nell'intestino, il microbioma vaginale subisce cambiamenti significativi durante la gravidanza, tra cui una significativa riduzione della diversità generale e una maggiore stabilità. La composizione delle comunità cambia nel tempo e in generale si verifica un arricchimento delle specie di *Lactobacillus*.

Microbiota endometriale

L'endometrio non è un sito sterile. Recentemente è stata infatti riconosciuta la presenza di un microbiota

endometriale residente. (30,31) I primi studi sul microbiota endometriale hanno riportato il predominio delle specie *Lactobacillus*, studi successivi hanno poi sia confermato che smentito i primi risultati. (32)

Ad oggi non è stato raggiunto un consenso riguardo al nucleo fisiologico del microbioma all'interno della cavità uterina a causa di una miriade di limiti di studio, come la dimensione del campione e le variazioni del disegno sperimentale, e l'influenza delle comunità batteriche endometriali sulla riproduzione umana rimane dibattuta.

Microbiota placentare

Negli ultimi anni è stata sviluppata l'ipotesi che potesse esistere un fisiologico microbiota placentare, infatti, molti studi hanno messo in discussione il dogma tradizionale che considerava sterili placenta e ambiente intrauterino. (33) In un recente studio del 2019 sono state prese in considerazione 50 donne che hanno partorito mediante taglio cesareo non di emergenza/urgenza tra 34 e 42 settimane di gestazione (gravidanza singola). (34) Le analisi sono state eseguite su due tipologie di campione: liquido amniotico (LA) e meconio di primo passaggio. Tutti i campioni di meconio e la maggior parte dei campioni di liquido amniotico (36/43) contenevano DNA batterico. In particolare, il microbiota del meconio era dominato dalla specie *Pelomonas puraquae*; un campione presentava un livello particolarmente elevato di diversità ed è stato possibile riscontrare la

presenza di stafilococchi (simbionti cutanei), streptococchi (simbionti orali) e lattobacilli (simbionti vaginali). Per quanto riguarda il liquido amniotico, la presenza di DNA batterico è stata rilevata in minori quantità e diversità. A differenza del meconio, solo dodici campioni di liquido amniotico contenevano letture mappate di *P. puraquae*; mentre sei campioni erano dominati da stafilococchi. Dodici campioni presentavano DNA batterico di *Propionibacterium acnes*, un commensale della pelle umana che è in grado di produrre proteine immunogene. Pertanto, la sua presenza nel liquido amniotico potrebbe suggerire che i feti siano esposti a una stimolazione immunitaria di origine batterica prima della nascita. La presenza di attività batterica è confermata anche dal rilevamento di acido acetico e acido propionico (SCFA) in tutti i campioni di meconio. Questi particolari acidi grassi sono prodotti da batteri simbionti presenti nel colon dell'uomo.

Ulteriori numerosi studi stanno portando alla luce similitudini maggiori tra il microbiota placentare e quello orale. Aagaard et al. ha confrontato il microbiota rilevato nella placenta con quello presente in altri distretti del corpo: saliva, lingua, gengive tonsille; naso e orecchie; vagina; intestino e feci. Il profilo microbico placentare è risultato molto più simile a quello che caratterizza l'ambiente orale, rispetto a quello presente in regioni anatomiche più vicine all'utero. (35)

DISBIOSI E PATOLOGIA DELLA GRAVIDANZA

Diversi studi supportano l'ipotesi che i cambiamenti nel microbiota intestinale durante le prime fasi della gravidanza siano associati ad un aumentato rischio di diabete gestazionale e ipertensione. (36–39)

Lv e colleghi trovano un'importante associazione tra le alterazioni del microbiota intestinale (disbiosi) e la preeclampsia (PE) ad esordio precoce. Lo studio dimostra come la composizione del microbiota intestinale nei pazienti con preeclampsia ad esordio precoce differisca significativamente da quella delle donne in gravidanza sane. I risultati hanno permesso di osservare come i batteri associati alla preeclampsia fossero anche responsabili di altre morbilità dell'ospite, tra cui obesità, maggiore incidenza di disturbi metabolici del glucosio, stati proinfiammatori e disfunzione della barriera intestinale. (37)

Se i cambiamenti nel microbiota intestinale contribuiscano o siano una conseguenza dello sviluppo del GDM è una questione dibattuta. È stato comunque riscontrato che una diversa composizione del microbiota precede l'insorgenza del GDM all'inizio della gravidanza, dal momento che sono stati segnalati sia la ridotta ricchezza microbica sia l'aumento di *Firmicutes* e *Faecalibacterium* e una riduzione di *Bacteroides* con un presunto conseguente aumento dello stato proinfiammatorio e ridotta resistenza insulinica. (24,40,41)

In uno studio recente, è stato ipotizzato che una traslocazione batterica anormale attraverso l'epitelio intestinale all'inizio della gravidanza, potrebbe compromettere l'immunità innata uterina e l'esito ostetrico. In particolare, è stato scoperto che l'aumento della permeabilità intestinale all'inizio della gravidanza è associato ad un aumento dei livelli materni di lipopolisaccaride (principale componente della membrana dei Gram negativi), a un'eccessiva produzione di citochine mediata dall'inflammasoma endometriale (oligomeri del sistema immunitario responsabili dell'attivazione delle risposte infiammatorie) e, infine, a un aumento del rischio di aborto spontaneo. (42)

Rapporti recenti sul microbioma nelle donne in gravidanza hanno suggerito che la composizione del microbioma vaginale ha un impatto significativo sul rischio di parto pretermine. (43) Diversi studi incentrati su popolazioni prevalentemente di discendenza europea hanno associato il *Lactobacillus crispatus* a un minor rischio di parto pretermine e il risultato è stato replicato in una coorte di discendenza prevalentemente africana. (44–47) Come riportato per la prima volta da Ravel e colleghi e successivamente confermato in altri studi, i profili del microbioma vaginale delle donne di origine africana ed europea differiscono in modo significativo. (48–50) In particolare, le donne di origine africana hanno meno probabilità di presentare lattobacilli vaginali e hanno spesso una predominanza di *L. crispatus* vaginale.

Queste motivazioni rendono necessari ulteriori studi specifici sulla popolazione per valutare gli ampi impatti del microbioma vaginale sul rischio di parto pretermine.

Infine, diversi studi recenti hanno dimostrato un legame tra la composizione del microbiota placentare e alcune condizioni patologiche della gravidanza. In particolare, è stata evidenziata in diversi studi una disbiosi placentare nell'eziopatogenesi del parto pretermine. (35,51–53)

L'UTILIZZO DEI PROBIOTICI

Secondo la definizione ufficiale di FAO e OMS, i probiotici sono “*organismi vivi che, somministrati in quantità adeguata, apportano un beneficio alla salute dell'ospite*”. (54) Il documento FAO/OMS che fornisce questa definizione si riferisce a microrganismi benefici presenti negli alimenti o aggiunti ad essi.

I ceppi probiotici hanno il potenziale di ripristinare il microbiota intestinale e migliorare varie condizioni patologiche associate alla disbiosi intestinale. (55) Pertanto, l'uso di terapie a base di probiotici per migliorare la salute metabolica materna è un'area di grande interesse scientifico.

Al fine di esplorare il ruolo degli interventi probiotici sul controllo glicemico e sul profilo lipidico, il gruppo di Karamali ha condotto uno studio su 60 donne in gravidanza con diagnosi di diabete gestazionale (GDM).

(56) Il gruppo di donne che ha ricevuto il probiotico ha riportato una significativa riduzione della glicemia plasmatica a digiuno, dei livelli sierici di insulina, dei trigliceridi sierici, lipoproteine a densità molto bassa (VLDL) e concentrazioni di colesterolo. Diversi altri studi clinici hanno anche dimostrato il ruolo benefico degli interventi probiotici nel metabolismo del glucosio e nella diminuzione dei tassi di GDM. (57–60)

Il gruppo di Brantsaeter ha valutato il ruolo degli interventi probiotici nella prevenzione della pre-eclampsia. (61) In questo studio, alle donne in gravidanza sono stati somministrati latticini contenenti ceppi probiotici *L. rhamnosus* GG, *L. acidophilus* LA-5 e *B. lactis* Bb12. Come riportato, l'assunzione di alimenti probiotici ha ridotto significativamente il rischio di pre-eclampsia nelle donne in gravidanza. Alcuni altri gruppi di ricerca hanno anche riportato il ruolo benefico degli interventi probiotici nella gestione dell'ipertensione arteriosa. (62,63)

In un altro piccolo studio condotto dal gruppo di lavoro italiano di Vitali, è stato analizzato l'effetto dell'integrazione di probiotici sul microbiota vaginale materno e sul profilo delle citochine. (64) Sono state arruolate ventisette donne in gravidanza nel loro periodo di gestazione avanzata (33-37 settimane) ed è stata somministrata loro una miscela probiotica per 4 settimane. I risultati suggeriscono che l'integrazione probiotica ha un potenziale ruolo nel prevenire l'aumento di

Atopobium (responsabile della vaginosi batterica) e la diminuzione dei ceppi di *Bifidobacterium*. Il gruppo probiotico ha anche riportato un aumento significativo delle citochine antinfiammatorie (IL-4 e IL-10) e una diminuzione delle chemochine pro-infiammatorie suggerendo quindi il ruolo fondamentale dell'integrazione probiotica nella modulazione del microbiota vaginale, utile nella prevenzione del parto pretermine.

BIBLIOGRAFIA

1. Ogunrinola GA, Oyewale JO, Oshamika OO, Olasehinde GI. The Human Microbiome and Its Impacts on Health. *Int J Microbiol.* 12 giugno 2020;2020:8045646.
2. Dominguez-Bello MG, Godoy-Vitorino F, Knight R, Blaser MJ. Role of the microbiome in human development. *Gut.* giugno 2019;68(6):1108–14.
3. Alfaro C, Acampora E, Cozzolino T, Arco M. Il microbiota intestinale: un alleato della salute dell'uomo. *Riv Ital Med DellAdolescenza.* 23 dicembre 2020;18:92–100.
4. Lozupone CA, Stombaugh J, Gonzalez A, Ackermann G, Wendel D, Vázquez-Baeza Y, et al. Meta-analyses of studies of the human microbiota. *Genome Res.* 10 gennaio 2013;23(10):1704–14.
5. Rinninella E, Cintoni M, Raoul P, Lopetuso LR, Scalfaferrì F, Pulcini G, et al. Food Components and Dietary Habits: Keys for a Healthy Gut Microbiota Composition. *Nutrients.* 7 ottobre 2019;11(10):2393.
6. Goma EZ. Human gut microbiota/microbiome in health and diseases: a review. *Antonie Van Leeuwenhoek.* dicembre 2020;113(12):2019–40.

7. Vandenplas Y, Carnielli VP, Ksiazek J, Luna MS, Migacheva N, Mosselmans JM, et al. Factors affecting early-life intestinal microbiota development. *Nutr* Burbank Los Angel Cty Calif. ottobre 2020;78:110812.
8. Lif Holgerson P, Harnevik L, Hernell O, Tanner ACR, Johansson I. Mode of birth delivery affects oral microbiota in infants. *J Dent Res*. ottobre 2011;90(10):1183–8.
9. Tamburini S, Shen N, Wu HC, Clemente JC. The microbiome in early life: implications for health outcomes. *Nat Med*. 7 luglio 2016;22(7):713–22.
10. Francino MP. Birth Mode-Related Differences in Gut Microbiota Colonization and Immune System Development. *Ann Nutr Metab*. 2018;73 Suppl 3:12–6.
11. Kim H, Sitarik AR, Woodcroft K, Johnson CC, Zoratti E. Birth Mode, Breastfeeding, Pet Exposure, and Antibiotic Use: Associations With the Gut Microbiome and Sensitization in Children. *Curr Allergy Asthma Rep*. 11 marzo 2019;19(4):22.
12. Fabiano V, Indrio F, Verduci E, Calcaterra V, Pop TL, Mari A, et al. Term Infant Formulas Influencing Gut Microbiota: An Overview. *Nutrients*. dicembre 2021;13(12):4200.
13. Rowland I, Gibson G, Heinken A, Scott K, Swann J, Thiele I, et al. Gut microbiota functions: metabolism of nutrients and other food components. *Eur J Nutr*. febbraio 2018;57(1):1–24.
14. Hornef M. Pathogens, Commensal Symbionts, and Pathobionts: Discovery and Functional Effects on the Host. *ILAR J*. 31 agosto 2015;56(2):159–62.
15. Tiffany CR, Bäumlner AJ. Dysbiosis: from fiction to function. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 1 novembre 2019;317(5):G602–8.
16. Ni J, Wu GD, Albenberg L, Tomov VT. Gut microbiota and IBD: causation or correlation? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. ottobre 2017;14(10):573–84.
17. Mosca A, Leclerc M, Hugot JP. Gut Microbiota Diversity and Human Diseases: Should We Reintroduce Key Predators in Our Ecosystem? *Front Microbiol*. 31 marzo 2016;7:455.
18. d'Enfert C, Kaune AK, Alaban LR, Chakraborty S, Cole N, Delavy M, et al. The impact of the Fungus-Host-Microbiota interplay upon *Candida albicans* infections: current knowledge and new perspectives. *FEMS Microbiol Rev*. 5 maggio 2021;45(3):fuaa060.
19. Zhang D, Huang Y, Ye D. Intestinal dysbiosis: An emerging cause of pregnancy complications? *Med Hypotheses*. 1 marzo 2015;84(3):223–6.
20. Di Simone N, Santamaria Ortiz A, Specchia M, Tersigni C, Villa P, Gasbarrini A, et al. Recent Insights on the Maternal Microbiota: Impact on Pregnancy Outcomes. *Front Immunol*. 2020;11:528202.
21. Nelson DB, Rockwell LC, Prioleau MD, Goetzl L. The role of the bacterial microbiota on reproductive and pregnancy health. *Anaerobe*. dicembre 2016;42:67–73.
22. Arumugam M, Raes J, Pelletier E, Le Paslier D, Yamada T, Mende DR, et al. Enterotypes of the human gut microbiome. *Nature*. 12 maggio 2011;473(7346):174–80.
23. Costea PI, Hildebrand F, Arumugam M, Bäckhed F, Blaser MJ, Bushman FD, et al. Enterotypes in the landscape of gut microbial community composition. *Nat Microbiol*. gennaio 2018;3(1):8–16.
24. Koren O, Goodrich JK, Cullender TC, Spor A, Laitinen K, Bäckhed HK, et al. Host remodeling of the gut microbiome

- and metabolic changes during pregnancy. *Cell*. 3 agosto 2012;150(3):470–80.
25. Nuriel-Ohayon M, Neuman H, Koren O. Microbial Changes during Pregnancy, Birth, and Infancy. *Front Microbiol* [Internet]. 2016 [citato 12 maggio 2023];7. Disponibile su: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmicb.2016.01031>
 26. Mesa MD, Loureiro B, Iglesia I, Fernandez Gonzalez S, Llurba Olivé E, García Algar O, et al. The Evolving Microbiome from Pregnancy to Early Infancy: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 2 gennaio 2020;12(1):133.
 27. Neuman H, Koren O. The Pregnancy Microbiome. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2017;88:1–9.
 28. Tachedjian G, Aldunate M, Bradshaw CS, Cone RA. The role of lactic acid production by probiotic *Lactobacillus* species in vaginal health. *Res Microbiol*. 2017;168(9–10):782–92.
 29. Petrova MI, Lievens E, Malik S, Imholz N, Lebeer S. *Lactobacillus* species as biomarkers and agents that can promote various aspects of vaginal health. *Front Physiol*. 2015;6:81.
 30. Franasiak JM, Werner MD, Juneau CR, Tao X, Landis J, Zhan Y, et al. Endometrial microbiome at the time of embryo transfer: next-generation sequencing of the 16S ribosomal subunit. *J Assist Reprod Genet*. gennaio 2016;33(1):129–36.
 31. Chen C, Song X, Wei W, Zhong H, Dai J, Lan Z, et al. The microbiota continuum along the female reproductive tract and its relation to uterine-related diseases. *Nat Commun*. 17 ottobre 2017;8(1):875.
 32. Toson B, Simon C, Moreno I. The Endometrial Microbiome and Its Impact on Human Conception. *Int J Mol Sci*. 1 gennaio 2022;23(1):485.
 33. Butel MJ, Waligora-Dupriet AJ, Wydau-Dematteis S. The developing gut microbiota and its consequences for health. *J Dev Orig Health Dis*. dicembre 2018;9(6):590–7.
 34. Stinson LF, Boyce MC, Payne MS, Keelan JA. The Not-so-Sterile Womb: Evidence That the Human Fetus Is Exposed to Bacteria Prior to Birth. *Front Microbiol*. 2019;10:1124.
 35. Aagaard K, Ma J, Antony KM, Ganu R, Petrosino J, Versalovic J. The placenta harbors a unique microbiome. *Sci Transl Med*. 21 maggio 2014;6(237):237ra65.
 36. Wang J, Zheng J, Shi W, Du N, Xu X, Zhang Y, et al. Dysbiosis of maternal and neonatal microbiota associated with gestational diabetes mellitus. *Gut*. settembre 2018;67(9):1614–25.
 37. Lv LJ, Li SH, Li SC, Zhong ZC, Duan HL, Tian C, et al. Early-Onset Preeclampsia Is Associated With Gut Microbial Alterations in Antepartum and Postpartum Women. *Front Cell Infect Microbiol*. 26 giugno 2019;9:224.
 38. Ma S, You Y, Huang L, Long S, Zhang J, Guo C, et al. Alterations in Gut Microbiota of Gestational Diabetes Patients During the First Trimester of Pregnancy. *Front Cell Infect Microbiol* [Internet]. 2020 [citato 12 maggio 2023];10. Disponibile su: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcimb.2020.00058>
 39. Zheng W, Xu Q, Huang W, Yan Q, Chen Y, Zhang L, et al. Gestational Diabetes Mellitus Is Associated with Reduced Dynamics of Gut Microbiota during the First Half of Pregnancy. *mSystems*. 24 marzo 2020;5(2):e00109-20.
 40. Mokkala K, Houttu N, Vahlberg T, Munukka E, Rönnemaa T, Laitinen K. Gut microbiota aberrations precede diagnosis of gestational diabetes mellitus. *Acta Diabetol*. dicembre 2017;54(12):1147–9.

41. Ferrocino I, Ponzo V, Gambino R, Zarovska A, Leone F, Monzeglio C, et al. Changes in the gut microbiota composition during pregnancy in patients with gestational diabetes mellitus (GDM). *Sci Rep.* 15 agosto 2018;8(1):12216.
42. D'Ippolito S, Tersigni C, Marana R, Di Nicuolo F, Gaglione R, Rossi ED, et al. Inflammosome in the human endometrium: further step in the evaluation of the «maternal side». *Fertil Steril.* gennaio 2016;105(1):111-118.e1-4.
43. Fettweis JM, Serrano MG, Brooks JP, Edwards DJ, Girerd PH, Parikh HI, et al. The vaginal microbiome and preterm birth. *Nat Med.* giugno 2019;25(6):1012–21.
44. DiGiulio DB, Callahan BJ, McMurdie PJ, Costello EK, Lyell DJ, Robaczewska A, et al. Temporal and spatial variation of the human microbiota during pregnancy. *Proc Natl Acad Sci.* settembre 2015;112(35):11060–5.
45. Callahan BJ, DiGiulio DB, Goltsman DSA, Sun CL, Costello EK, Jeganathan P, et al. Replication and refinement of a vaginal microbial signature of preterm birth in two racially distinct cohorts of US women. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 12 settembre 2017;114(37):9966–71.
46. Kindinger LM, Bennett PR, Lee YS, Marchesi JR, Smith A, Cacciatore S, et al. The interaction between vaginal microbiota, cervical length, and vaginal progesterone treatment for preterm birth risk. *Microbiome.* 19 gennaio 2017;5(1):6.
47. Brown RG, Marchesi JR, Lee YS, Smith A, Lehne B, Kindinger LM, et al. Vaginal dysbiosis increases risk of preterm fetal membrane rupture, neonatal sepsis and is exacerbated by erythromycin. *BMC Med.* 24 gennaio 2018;16(1):9.
48. Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider GM, Koenig SSK, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 15 marzo 2011;108(Suppl 1):4680–7.
49. Fettweis JM, Brooks JP, Serrano MG, Sheth NU, Girerd PH, Edwards DJ, et al. Differences in vaginal microbiome in African American women versus women of European ancestry. *Microbiology.* 2014;160(10):2272–82.
50. Borgdorff H, van der Veer C, van Houdt R, Alberts CJ, de Vries HJ, Bruisten SM, et al. The association between ethnicity and vaginal microbiota composition in Amsterdam, the Netherlands. *PLoS ONE.* 11 luglio 2017;12(7):e0181135.
51. Stout MJ, Conlon B, Landeau M, Lee I, Bower C, Zhao Q, et al. Identification of intracellular bacteria in the basal plate of the human placenta in term and preterm gestations. *Am J Obstet Gynecol.* marzo 2013;208(3):226.e1-7.
52. Cao B, Stout MJ, Lee I, Mysorekar IU. Placental Microbiome and Its Role in Preterm Birth. *NeoReviews.* 1 dicembre 2014;15(12):e537–45.
53. Prince AL, Ma J, Kannan PS, Alvarez M, Gisslen T, Harris RA, et al. The placental membrane microbiome is altered among subjects with spontaneous preterm birth with and without chorioamnionitis. *Am J Obstet Gynecol.* maggio 2016;214(5):627.e1-627.e16.
54. FAO, WHO. Probiotics in food. Health and nutritional properties and guidelines for evaluation. Rome; 2006. (FAO Food and nutrition paper). Report No.: 85.
55. Wieërs G, Belkhir L, Enaud R, Leclercq S, Philippart de Foy JM, Dequenne I, et al. How Probiotics Affect the Microbiota. *Front Cell Infect Microbiol.* 15 gennaio 2020;9:454.
56. Karamali M, Dadkhah F, Sadrkhanlou M, Jamilian M, Ahmadi S, Tajabadi-Ebrahimi M, et al. Effects of probiotic supplementation on glycaemic control and lipid profiles in gestational diabetes: A

randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Diabetes Metab.* settembre 2016;42(4):234–41.

57. Laitinen K, Poussa T, Isolauri E, Nutrition, Allergy, Mucosal Immunology and Intestinal Microbiota Group. Probiotics and dietary counselling contribute to glucose regulation during and after pregnancy: a randomised controlled trial. *Br J Nutr.* giugno 2009;101(11):1679–87.
58. Asemi Z, Samimi M, Tabassi Z, Naghibi Rad M, Rahimi F, Khorammian H, et al. Effect of daily consumption of probiotic yoghurt on insulin resistance in pregnant women: a randomized controlled trial. *Eur J Clin Nutr.* gennaio 2013;67(1):71–4.
59. Taghizadeh M, Asemi Z. Effects of synbiotic food consumption on glycemic status and serum hs-CRP in pregnant women: a randomized controlled clinical trial. *Horm Athens Greece.* 2014;13(3):398–406.
60. Kijmanawat A, Panburana P, Reutrakul S, Tangshewinsirikul C. Effects of probiotic supplements on insulin resistance in gestational diabetes mellitus: A double-blind randomized controlled trial. *J Diabetes Investig.* gennaio 2019;10(1):163–70.
61. Brantsaeter AL, Myhre R, Haugen M, Myking S, Sengpiel V, Magnus P, et al. Intake of probiotic food and risk of preeclampsia in primiparous women: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Am J Epidemiol.* 1 ottobre 2011;174(7):807–15.
62. Khalesi S, Sun J, Buys N, Jayasinghe R. Effect of probiotics on blood pressure: a systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertens Dallas Tex 1979.* ottobre 2014;64(4):897–903.
63. Robles-Vera I, Toral M, Romero M, Jiménez R, Sánchez M, Pérez-Vizcaíno F, et al. Antihypertensive Effects of Probiotics. *Curr Hypertens Rep.* aprile 2017;19(4):26.
64. Vitali B, Cruciani F, Baldassarre ME, Capursi T, Spisni E, Valerii MC, et al. Dietary supplementation with probiotics during late pregnancy: outcome on vaginal microbiota and cytokine secretion. *BMC Microbiol.* 18 ottobre 2012;12:236.

SINDROME GENITO – URINARIA IN GRAVIDANZA: UNA CONDIZIONE DA INDAGARE

Sofia La Spina* Gaia H. Pallestrini Elsa Del Bo^o Rossella Nappi****

* Ostetrica

** Ostetrica IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

^o Ostetrica Università degli Studi di Pavia

^{oo} Professore ordinario Università degli Studi di Pavia

RIASSUNTO

BACKGROUND Obiettivo dell'indagine è comprendere se le fisiologiche fluttuazioni ormonali della gravidanza possano determinare a carico del sistema riproduttivo femminile una sorta di sindrome genito-urinaria e se questa possa a sua volta rappresentare un ostacolo alla vita sessuale della donna. **MATERIALI E METODI** È stata inizialmente condotta una revisione della letteratura e con l'utilizzo della banca dati PubMed sono stati cercati articoli attraverso termini liberi e termini Mesh. La ricerca non ha prodotto risultati. È stata quindi condotta un'indagine conoscitiva di tipo descrittivo che ha coinvolto donne a termine di gravidanza o nei primi giorni di puerperio. La raccolta dati ha previsto la somministrazione di un questionario non ancora validato che ha indagato: la sfera sessuale, genitale, urinaria e pelvica nei tre trimestri di gestazione. **RISULTATI** È stato coinvolto nello studio un campione di 100 donne di età compresa tra i 20 e i 39 anni. Riguardo alla sfera sessuale durante i tre trimestri, si assiste ad un progressivo aumento del dolore alla penetrazione e al rapporto interno alla vagina, della secchezza e del bruciore o irritazione interni ed esterni alla vagina, sintomi a carico della sfera genitale. Infine, dai dati emerge che il 30% delle donne si è astenuto dai rapporti sessuali durante il terzo trimestre, contro il 22% del primo e il 14% del secondo. **CONCLUSIONI** Anche se le evidenze scientifiche non riconoscono questa sindrome in gravidanza, i sintomi lamentati dalle donne del campione depongono, in realtà, per la sua esistenza. Si rendono quindi necessari ulteriori studi di validazione di uno strumento che possa analizzare la sintomatologia nei diversi trimestri di gravidanza.

Parole chiave: sindrome genito-urinaria – disfunzione sessuale femminile - dispareunia

BACKGROUND

La *sindrome genito-urinaria della menopausa* (GMS), può essere definita come un insieme di sintomi vulvovaginali (secchezza, bruciore, irritazione), sessuali (dispareunia) e urinari (infezioni delle vie urinarie, pollachiuria, nicturia, dolore durante la minzione,

l'incontinenza urinaria da urgenza) associati ad una diminuzione degli estrogeni e di altri steroidi sessuali. (1) Spesso la GMS si traduce in una compromissione della qualità della vita, soprattutto nell'ambito della sessualità delle donne. I fattori psicosociali svolgono un ruolo fondamentale nel funzionamento sessuale, ma anche l'integrità del sistema

urogenitale è importante per quanto riguarda molti domini della salute delle donne, inclusa la funzione sessuale.

Diverse indagini internazionali hanno ampiamente documentato la necessità di migliorare la gestione della sindrome genito-urinaria/ atrofia vulvovaginale (VVA) a causa del forte impatto sulla vita quotidiana delle donne e sull'intimità di coppia.(2)

Generalmente, la GMS viene correlata alle fisiologiche alterazioni ormonali che si verificano in menopausa, tuttavia anche la gravidanza rappresenta un periodo della vita della donna caratterizzato da fluttuazioni ormonali importanti. La specifica sintomatologia che si genera in seguito alla fecondazione della cellula uovo può essere un chiaro esempio. Tra i principali segni e sintomi vi sono: mastodinia, algie pelviche, perdite da impianto, nausea e vomito, diversa sensibilità a odori e sapori, pollachiuria, ipersonnia, stanchezza, anche se quello più significativo è l'amenorrea.(3)

Questi cambiamenti si osservano non solo sul piano biologico/fisiologico ma anche a livello del funzionamento psicologico e sociale. In misura maggiore o minore, ogni futura mamma sperimenterà ambivalenza psicologica, frequenti cambiamenti di umore dall'esaurimento all'esaltazione, disturbi emotivi e/o disturbi ansioso-depressivo misti.(4)

Dal momento del concepimento al periodo post partum, le trasformazioni fisiche,

fisiologiche, ormonali e psicologiche del corpo possono determinare anche **un potenziale cambiamento significativo nella sessualità di una donna.**(5)

La salute sessuale, parte importante della qualità della vita delle donne, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come “[...] uno stato di benessere fisico, emotivo, mentale e sociale legato alla sessualità; non riducibile all'assenza di malattia, disfunzione o infermità”. (6) Riconoscendo la salute sessuale come un indicatore di salute pubblica (7), la disfunzione sessuale può, di conseguenza, essere considerata una causa di morbilità materna.(8)

Obiettivo di questa indagine è stato quindi comprendere se le fisiologiche fluttuazioni ormonali della gravidanza possano determinare a carico del sistema riproduttivo femminile una sorta di sindrome genito-urinaria e se questa possa a sua volta rappresentare un ostacolo alla vita sessuale della donna.

MATERIALI E METODI

Il lavoro si configura come un'indagine conoscitiva di tipo descrittivo in cui, effettuata un'iniziale revisione della letteratura sull'argomento, è stato realizzato un questionario conoscitivo da sottoporre ad alcune donne a termine di gravidanza o nei primi giorni di puerperio degenti presso l'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia.

Raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta tramite la somministrazione di un questionario non validato tra i mesi di luglio e agosto 2022, alle gravide e le puerpere in carico presso l'Unità Operativa Complessa (U.O.C.) di Ostetricia e Ginecologia della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo.

Prima della compilazione, ciascuna intervistata è stata informata riguardo le finalità dello studio e la modalità di compilazione del questionario, senza influenzare le possibili risposte.

Ogni intervistata ha compilato e successivamente consegnato il questionario in modo anonimo e le informazioni ottenute sono state gestite garantendo l'anonimato in accordo con la normativa della privacy GDPR 679/2016.

Lo studio ha previsto tre fasi: una prima fase di creazione del questionario, una seconda fase di somministrazione e una terza fase di analisi dei dati raccolti.

Non sono stati considerati criteri di inclusione ed esclusione all'interno dello studio.

I dati raccolti sono stati inseriti in un database Excel.

Analisi dei dati

Per la raccolta dei dati è stato creato un questionario non validato suddiviso in due parti. La prima parte ha indagato una serie di sintomi genitourinari, sessuali e dell'area

pelvica nei tre trimestri di gravidanza attraverso l'analisi di 66 item (22 item per ogni trimestre) ognuno appartenente a una delle 4 sfere prese in analisi (sessuale, genitale, urinaria e pelvica) ciascun item è stato valutato dalle donne su una scala Likert a 4 punti ("assente", "lieve", "moderato" e "severo").

La seconda parte del questionario risulta invece composta da 6 item e ha valutato l'attività sessuale attraverso domande a risposta chiusa semplice ("si", "no").

Il questionario ha inoltre permesso la raccolta delle seguenti caratteristiche del campione: età, peso, altezza per il calcolo dell'indice di massa corporea (BMI), parità e modalità del parto nelle gravidanze pregresse.

RISULTATI

È stato coinvolto nello studio un campione di 100 donne di età compresa tra i 20 e i 39 anni, con un'età media di 30.3 ± 4.6 anni, e un BMI mediano di 23 (95% CI: 22-24).

Il campione è stato intervistato nel 62% dei casi a termine di gravidanza, mentre nel 38% le interviste sono state condotte durante i primi giorni di puerperio. Le donne arruolate nel 52% dei casi erano nullipare, mentre nel 48% avevano espletato almeno un parto: 33 donne per le vie naturali, 8 con taglio cesareo e 7 sia per le vie naturali che con taglio cesareo. I dati raccolti riguardanti la sintomatologia della **sfera sessuale, la sfera genitale, quella pelvica e urinaria** sono stati

riportati nella tabella 1.

rtà i risultati dell'analisi dei dati riguardante l'attività sessuale in termini di astensione dai rapporti e desiderio sessuale.

TABELLA 1

		<i>1° trim</i>	<i>2° trim</i>	<i>3° trim</i>
	SFERA SESSUALE			
	1 Dolore interno durante i rapporti	23%	24%	31%
	2 Dolore durante la penetrazione	29%	31%	38%
	3 Sanguinamento durante il rapporto	4%	4%	3%
	4 Sanguinamento durante i contatti	1%	2%	2%
	SFERA GENITALE			
	5 Secchezza interna alla vagina	18%	23%	23%
	6 Secchezza esterna alla vagina	16%	21%	21%
	7 Disturbi ai genitali durante l'attività fisica	10%	11%	11%
	8 Bruciore o irritazione interna alla vagina	16%	15%	19%
	9 Bruciore o irritazione esterna alla vagina	12%	15%	18%
	10 Prurito internamente alla vagina	9%	11%	13%
	11 Prurito esterno alla vagina	12%	14%	16%
	12 Perdite vaginali	54%	64%	73%
	SFERA URINARIA			
	13 Incontinenza urinaria	12%	29%	43%
	14 Urgenza urinaria	26%	49%	65%
	15 Aumento della frequenza urinaria	48%	71%	87%
	16 Difficoltà ad urinare	5%	6%	8%
	17 Infezioni ricorrenti delle vie urinarie	10%	16%	25%
	18 Cistiti associate al rapporto sessuale	3%	4%	3%
	SFERA PELVICA			
	19 Dolore al basso addome	12%	16%	20%
	20 Dolore perineale	4%	6%	13%
	21 Varici vulvari	3%	4%	3%
	22 Patologia emorroidaria	21%	23%	27%

TABELLA 2

	<i>1 trim</i>	<i>2 trim</i>	<i>3 trim</i>
Smesso di avere rapporti	22%	14%	30%
Desiderato di avere rapporti sessuali con penetrazione	67%	72%	64%

DISCUSSIONE

Tra le donne prese a campione è possibile notare come tendenzialmente, durante i tre trimestri di gravidanza, aumenta il numero di pazienti affette dai sintomi presi in considerazione.

I dati riguardanti la sfera sessuale durante i tre trimestri, mostrano come il dolore alla penetrazione e al rapporto interno alla vagina siano in notevole aumento durante l'ultimo trimestre. Questo potrebbe essere correlato al progressivo incremento della secchezza e del bruciore o irritazione interni ed esterni alla vagina, sintomi a carico della sfera genitale. Infatti, dalle risposte al questionario emerge che il 30% delle donne si è astenuto dai rapporti sessuali durante il terzo trimestre, contro il 22% del primo e il 14% del secondo. Nonostante ciò, il 67% del campione ha desiderato avere rapporti nel primo trimestre di gravidanza, il 72% nel secondo trimestre ed il 64% nel terzo trimestre.

Altro sintomo rilevante della sfera genitale sono le perdite vaginali, normalmente presenti durante la gravidanza a seguito dell'aumento degli estrogeni e del progesterone. Tuttavia, dai dati raccolti si evince che vi è un importante incremento tra il primo e il terzo trimestre pari al 19% e questo, associato all'aumentare del prurito interno ed esterno alla vagina e al dolore al basso addome, potrebbe associarsi all'incremento delle infezioni ricorrenti delle vie urinarie, che passano dal 10% al primo trimestre al 25%

nel terzo trimestre. Pertanto, particolare attenzione bisogna porre alla sfera urinaria.

In base ai dati riportati è riscontrabile un severo aumento della frequenza e urgenza urinaria, che può essere conseguenza dell'accrescimento delle dimensioni dell'utero e quindi della compressione della vescica e degli ureteri.

Non si può dire lo stesso dell'incontinenza urinaria, poiché sebbene giustificabile nel terzo trimestre a seguito dell'aumento della pressione intra-addominale sulla vescica e sui muscoli del pavimento pelvico e del ridotto spessore di questi ultimi, non lo è nei primi due trimestri nei quali si riscontra una rilevante percentuale, corrispondente al 12% nel primo trimestre e al 29% nel secondo. Pertanto, sarà importante indagare i motivi tali per cui si riscontrano i suddetti valori.

CONCLUSIONI

Attraverso questa indagine è stata presa in esame la sintomatologia della sfera sessuale, genitale, urinaria e pelvica relativa alle modificazioni associate alla gravidanza. Illustrando i diversi aspetti che caratterizzano la sindrome genito-urinaria è stata indagata la sintomatologia in donne intervistate in gravidanza e all'inizio del puerperio. Anche se le evidenze scientifiche non riconoscono questa sindrome in gravidanza, i sintomi lamentati dalle donne del campione depongono, in realtà, per la sua esistenza.

I sintomi prevalenti che la compongono comprendono la dispareunia superficiale e profonda, la secchezza, il prurito ed il bruciore interni ed esterni della vagina, le perdite vaginali, la frequenza, l'urgenza, l'incontinenza e le cistiti, il dolore al basso addome e la patologia emorroidaria. In particolare, sarebbe opportuno non sottovalutare i sintomi della sfera urinaria in quanto potrebbero essere predittivi di disturbi in puerperio, periodo in cui avviene la *restitutio ad integrum* degli apparati. L'ostetrica, già in gravidanza, deve porre attenzione ai sintomi, intervistare la donna e attuare un counselling mirato a farle prendere consapevolezza dell'importanza di non trascurare alcun disturbo che può verificarsi nel corso della gestazione ed in puerperio. Alla dimissione e durante le visite a domicilio, poi, la valutazione del pavimento pelvico da parte dell'ostetrica, in previsione del ristabilirsi della normalità dopo il parto, deve essere accurata, in un setting ottimale di riservatezza e di messa a proprio agio al fine di consentire alla donna di affidarsi e di comunicare i disturbi e il discomfort che ne deriva.

Trattandosi di un'indagine conoscitiva, si rendono necessari ulteriori studi di validazione e attendibilità dello strumento utilizzato al fine di poter garantire la sua applicabilità.

BIBLIOGRAFIA

1. Pérez-López FR. Postmenopausal Diseases and Disorders. Springer; 2019. 481 p.
2. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, et al. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VVA)/Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol.* 2019;10:561.
3. Pescetto G, Cecco LD. Ginecologia e ostetricia. SEU; 2017. 2450 p.
4. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. The phenomenon of pregnancy - a psychological view. *Ginekol Pol.* 2018;89(2):102–6.
5. Grussu P, Vicini B, Quatraro RM. Sexuality in the perinatal period: A systematic review of reviews and recommendations for practice. *Sex Reprod Healthc Off J Swed Assoc Midwives.* dicembre 2021;30:100668.
6. WHO. Defining Sexual Health—Report of a Technical Consultation on Sexual Health 28-31 January 2002. Geneva; 2006. (Sexual Health Document Series).
7. Mitchell KR, Lewis R, O'Sullivan LF, Fortenberry JD. What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *Lancet Public Health.* agosto 2021;6(8):e608–13.
8. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Look PFV. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet.* 4 novembre 2006;368(9547):1595–607.

norme per gli autori

I LAVORI DEVONO ESSERE INVIATI

Per posta elettronica all'indirizzo: **presidenzaio@gmail.com** 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.