

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica



LVCINA

**LA RIVISTA
DELL'OSTETRICA/O**

ANNO VIII
I/2018

*L'ostetrica nel percorso
a basso rischio ostetrico:
ambiti, esperienze
e nuove frontiere
della professione*

**35° CONGRESSO
NAZIONALE
DI CATEGORIA
Modena
5-6 ottobre 2018**



SOMMARIO

EDITORIALE

- 1 La Legge Lorenzin e i primi decreti attuativi
di **Maria Vicario**

FNOP

- 2 Partnership Fnopo e Fnomceo
- 2 35° Congresso della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
Modena 5-6 ottobre 2018

PROFESSIONE

- 4 Il ruolo dell'ostetrica nella procreazione medicalmente assistita
di **Mariangela Cardinale**
Antonella Montuori
- 7 Nuova edizione del corso FAD gratuito ECM "Prevenzione e trattamento della EPP"
- 8 Vietato alle minori di 45. Quando le ostetriche si esprimono e davanti a un "no" prendono spunto per fare midwife narrativo sulla menopausa
di **Barbara Montani**
- 13 Il ruolo dell'ostetrica coordinatrice nel Percorso Nascita nell'ottica di integrazione ospedale-territorio
di **Rossana D'Amato**
- 15 Parto prematuro. Un counseling adeguato alle famiglie: le nuove raccomandazioni per professionisti e operatori

- 18 Il gioco dell'oca dell'allattamento. Uno strumento per promuovere, sostenere e, soprattutto, proteggere l'allattamento dai luoghi comuni e dai falsi miti... semplicemente giocando!
di **Chiara Chittoni**
Angela Tusberti

- 20 Essere_VOCE

- 21 Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento materno

STUDI

- 22 Analisi qualitativa sull'insoddisfazione delle puerpere dopo il parto vaginale in analgesia epidurale
di **Lucrezia Romiti**
Paola Agnese Mauri
- 28 Da "levatrice" a "ostetrica". Una professione insostituibile da secoli accanto alla donna
di **Letizia Genati**
Valentina Benati
Giulia Ferretti
Esther Fiorese
Martina Marcotulli
Ilenia Stanzione
Iolanda Rinaldi
- 32 Vaccino contro Hpv, revisione Cochrane ne dimostra efficacia e sicurezza
- 32 Incontinenza urinaria: tra costi sanitari e percezione del problema
di **Samuela Sini**
- 40 Emorragia post partum: l'acido tranexamico è efficace



LUCINA
LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo ufficiale della



Anno VIII numero 1
Trimestrale
Poste Italiane SpA -
Spedizione in Abbonamento Postale -
70% Aut: ATSUD/CZ/212/2015

Direttore Responsabile
Maria Vicario

Comitato editoriale
Marialisa Coluzzi
Cinzia Di Matteo
Caterina Masè
Iolanda Rinaldi
Martha Traupe
Silvia Vaccari

Segreteria di redazione
Marialisa Coluzzi
Iolanda Rinaldi
Silvia Vaccari

Redazione
Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
Piazza Tarquinia 5/d - 00183 Roma
e-mail presidenza@fnopo.it
web www.fnopo.it
telefono 06 7000943
fax 06 7008053
orario di apertura della linea telefonica dal lunedì al venerdì ore 10-13 e 14-15

Consulenza redazionale e stampa
Rubbettino print
Viale Rosario Rubbettino, 8
88049 Soveria Mannelli (CZ)
www.rubbettinoprint.it

Autorizzazione Tribunale di Roma n. 224/2011 del 19/7/2011
Issn 1590-6353

Finito di stampare nel maggio 2018

La Legge Lorenzin e i primi decreti attuativi

di Maria Vicario

Nella Legge 3/2018 *“Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute”* ha riformato e sta riformando, dopo circa 70 anni, il sistema ordinistico attraverso i decreti attuativi. La Legge che conferma la natura giuridica dell’Ordine troverà, infatti, la sua completa applicazione solo attraverso l’emanazione dei ben 19 decreti attuativi che dovranno essere emanati, per lo più dal Ministero della Salute, che ne ha emanato i primi due. Il primo decreto, del 13 marzo 2018, istituisce gli Albi delle 17 professioni sanitarie, fino a oggi regolamentate e non ordinate, che entreranno a far parte di un unico Ordine (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/DM%2013%20marzo%202018%20Costituzione%20degli%20albi%20delle%20professioni%20sanitarie%20tecniche,della%20riabilitazione%20e%20della%20prevenzione1.pdf).

Il decreto dell’*Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione* accoglie al suo interno i Tecnici sanitari di radiologia medica, gli Assistenti sanitari che migrano dall’area infermieristica (ex IPASVI) e le 17 professioni prima non ordinate che dovranno confluire in altrettanti Albi. Un traguardo atteso da anni che rappresenta un altro tassello di riforma per tutto il sistema sanitario nell’ottica di una sempre maggiore valorizzazione del ruolo delle professioni sanitarie e, contestualmente, di una migliore tutela del diritto alla salute dei cittadini.

Al fine di garantire che la nuova cornice normativa fosse non solo condivisa ma anche rispondente alle esigenze dei professionisti sanitari interessati, il testo del decreto è stato definito dal Ministero della Salute anche con il diretto e attivo contributo del Presidente dei Tecnici sanitari di radiologia medica e del Presidente del Coordinamento nazionale delle associazioni delle professioni sanitarie (CONAPS), e a seguito di una lettura condivisa con le associazioni maggiormente rappresentative delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Molto è stato fatto ma ancora moltissimo rimane da fare affinché i rappresentanti delle 19 professioni possano avere piena dignità ordinistica e partecipare al rinnovo degli organi di governo previsto per l’anno 2020.

Il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, in data 15 marzo 2018, firmava un secondo decreto richiamato dall’articolo 4 della Legge 3/2018, riguardante la revisione della disciplina delle professioni sanitarie e che contiene le nuove procedure elettorali delle professioni sanitarie (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/decreto%20attuativo%20della%20legge%203.20181.pdf).

Al fine di garantire che le nuove procedure rispondano pienamente alle effettive esigenze delle Federazioni e degli Ordini provinciali di tutte le professioni sanitarie a cui sono rivolte, il testo del decreto è stato definito con la collaborazione fattiva delle Federazioni nazionali: dei Medici e degli Odontoiatri; dei Farmacisti; dei Veterinari; degli Infermieri; delle Ostetriche e dei Tecnici di radiologia medica, delle professioni sanitarie, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Numerose le novità introdotte dal secondo decreto attuativo della Legge 3/2018, tra le quali le procedure per la composizione del seggio elettorale e le procedure di svolgimento delle elezioni in modo da garantire la terzietà di chi ne farà parte. Specifiche e innovative indicazioni riguardano le procedure per l’indizione delle elezioni, per la presentazione delle liste e per lo svolgimento delle operazioni di voto e di scrutinio nonché le modalità delle schede.

Insomma, si può affermare che si tratta di una vera e propria rivoluzione del sistema ordinistico ormai obsoleto e non più rispondente alle esigenze delle professioni.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) ha inserito in agenda lavori la predisposizione di un percorso di informazione/formazione per gli Ordini provinciali e interprovinciali al fine di fornire agli stessi strumenti organizzativi ma soprattutto garantire agli Iscritti tutte le indicazioni per partecipare attivamente al rinnovo degli organi di governo della professione in attuazione della Legge 3/2018.

PARTNERSHIP FNOPO E FNOMCEO



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica



La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), dopo avere incontrato i rappresentanti IPASVI (oggi FNOPI), ha incontrato i rappresentanti FNOPO e quelli della Federazione Nazionale degli Ordini dei Tecnici sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione che, ai sensi del DM 15 marzo 2018 attualmente riunisce in un solo Ordine 20 professioni (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/decreto%20attuativo%20della%20legge%203.20181.pdf).

Gli incontri sembrano diretti a creare un'alleanza tra le diverse professioni sanitarie regolamentate e ordinate, ai sensi della Legge Lorenzin, in vista degli Stati Generali di FNOMCeO del 2019, quando cioè saranno stati emanati gran parte dei decreti attuativi della Legge 24/2017 e della Legge 3/2018 diretti a dare al Sistema Salute una nuova struttura organizzativa.

L'agenda della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) si infittisce con la *partnership* FNOPO/FNOMCeO. Il 27 aprile 2018, presso la sede della Federazione dei Medici, si sono incontrati i rappresentanti delle Ostetriche e il Presidente della FNOMCeO dottor Filippo Anelli per accendere i riflettori su una serie di attività di interesse trasversale (www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=61254). La collaborazione tra i rappresentanti dei Medici e quelli delle Ostetriche è iniziata in seno al **Tavolo permanente di lavoro sulla sicurezza degli operatori sanitari** insediato il 13 marzo 2018 presso il Ministero Salute e nel quale, inizialmente esclusa, la FNOPO ha chiesto alla Ministra della Salute Beatrice Lorenzin di entrare istituzionalmente (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-INTEGRAZIONE-OSSERVATORIO-VIOLENZA-SANITARI1.pdf).

35° Congresso della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica Modena 5-6 ottobre 2018

L'OSTETRICA NEL PERCORSO A BASSO RISCHIO OSTETRICO: AMBITI, ESPERIENZE E NUOVE FRONTIERE DELLA PROFESSIONE

È ormai consuetudine che il congresso di categoria annuale sia un evento scientifico per lo sviluppo delle Scienze Ostetriche, Ginecologiche e Neonatali, ma anche momento di riflessione, di ricerca e approfondimento da condividere con altri professionisti e decisori di politica sanitaria.

La FNOPO ha scelto di organizzare l'evento in strettissima collaborazione con la società scientifica di categoria SISOGN, Siryo, Sirong e AIO.

L'obiettivo dell'evento è quello di approfondire il recente documento del Ministero della Salute *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico* (BRO), sulle prove di efficacia, sulla progettazione della professione, per migliorare la qualità di vita delle donne, delle coppie e delle famiglie.

La riduzione del rischio, le evidenze scientifiche, gli standard assistenziali e strutturali, protocolli e *check list*, l'aggiornamento interdisciplinare, gli indicatori e gli *audit* clinici, l'organizzazione che risponda a criteri di qualità e sicurezza, continuità assistenziale nella gravidanza, parto e puerperio, possibilità di scegliere *setting* assistenziale, saranno al centro del confronto multidisciplinare tra professionisti durante i lavori congressuali.

Il 35° Congresso Nazionale di Categoria, organizzato da FNOPO e Coordinamento della RER, si terrà presso la sede dell'Accademia Militare di Modena.

Seguiranno le necessarie indicazioni fornite nelle modalità di rito (Circolari agli Ordini provinciali ed interprovinciali, *app*, Newsletter, sito FNOPO).





Al termine dell'incontro tra FNOPO e FNOMCeO, dimostratosi molto proficuo e promettente in termini di progettualità da realizzare a breve, medio e lungo termine, con una nota congiunta inviata alla Ministra della Salute Beatrice Lorenzin è stata chiesta una terza riunione del Tavolo permanente di lavoro sulla sicurezza degli operatori sanitari per presentare progetti formativi *pre service* e *in service* e di provvedimenti atti a limitare il fenomeno (www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=61254).

Le forme di collaborazione tra l'Ostetrica e il Medico di Medicina Generale sono state molto attenzionate anche per l'applicazione del modello di Ostetrica di famiglia e di comunità che nell'ambulatorio del MMG potrebbe trovare il vero anello di congiunzione tra la donna, la famiglia, la comunità e l'ostetrica. I presupposti organizzativi, legislativi e contrattuali per applicare il modello proposto dalla FNOPO, anche in forma multidisciplinare, sono indicati nell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/ACN_8_luglio_20101.pdf).

La FNOPO intende promuovere ogni attività diretta a rendere attuativo il suddetto Accordo, predisponendo che in ogni studio associato del MMG sia inserita la

figura Ostetrica, così come previsto dall'articolo 9 – *Modifiche all'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.*: “Nell'art. 59, lett. B, comma 7, dell'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i. dopo le parole “*utilizzano un infermiere professionale*” sono inserite le seguenti “*o un tecnico della riabilitazione, o un assistente sanitario, o un ostetrico o altro professionista sanitario equivalente*”. Con Circolare n. 19/2018 la FNOPO ha fornito puntuale informazione dell'incontro ai Presidenti degli Ordini della Professione Ostetrica provinciali ed interprovinciali.

Il Presidente Filippo Anelli si è anche impegnato a predisporre un incontro tra rappresentanti FNOMCeO, FNOPO e Medici di Medicina Generale nel quale si potranno affrontare tematiche relative alla collaborazione tra l'Ostetrica di famiglia e di Comunità.

La presenza capillare delle ostetriche anche sul territorio, se potenziata e valorizzata, potrebbe offrire ai medici in generale, e ai MMG in particolare, un utile affiancamento in politiche di educazione sanitaria permettendo di intercettare le mamme e le donne che magari hanno difficoltà a confidare al medico alcuni disagi.

L'applicazione dell'art. 59, lett. B, comma 7, dell'ACN 29 luglio 2009 e s.m.i. diventerebbe occasione privilegiata per orientare le donne, la coppia e la famiglia verso una prevenzione a 360° (*screening cervico-mammario, del tumore del colon, della vaccinazione Hpv, vaccinazione in gravidanza, etc.*).

IL RUOLO DELL'OSTETRICA NELLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

The midwife's role in PMA



Autrici

Mariangela Cardinale

Ostetrica presso il Centro di PMA
"Centro Chemis Iaccarino" di Napoli
marycard1978@gmail.com



Antonella Montuori

Ostetrica presso Fisiopatologia
della Riproduzione,
Ospedale "S.G.Moscato" di Avellino
a.montuori83@gmail.com

In base al DM 740/94 l'ostetrica partecipa a "interventi di educazione sessuale e sanitaria sia nell'ambito della famiglia che della comunità" (art. 2, comma a). L'ostetrica, per quanto di sua competenza, deve promuovere nei consultori (come nelle scuole) programmi/progetti atti ad educare adolescenti e famiglie alla salute e alla sessualità.

Il 15 giugno 2011 durante l'International Confederation of Midwives (ICM) all'Ostetrica viene riconosciuta una funzione importante nell'attività di *counselling* e di educazione sanitaria, non solo a favore della donna, ma anche all'interno della famiglia e della comunità.

Da sempre l'ostetrica aiuta le donne nel loro momento più intenso e meraviglioso: donare la vita ma non solo, essa, supportata dal suo sapere scientifico e dalla sua

preparazione tecnica, si avvale del *counselling* anche per sostenere e accompagnare le coppie che sono alla ricerca di un figlio mettendole a proprio agio, dimostrando empatia e ponendosi in ascolto attivo.

All'interno di un centro di Procreazione Medicalmente Assistita l'ostetrica accoglie la coppia e con parole "semplici" spiega cosa succederà da quel momento in poi. Lo scopo è di creare un clima sereno e accogliente. Con l'ostetrica la donna ha un rapporto più confidenziale di quello che ha con gli altri membri dell'équipe ed è proprio all'ostetrica che la paziente riferisce con più facilità i propri dubbi e le proprie perplessità. Il ruolo dell'ostetrica è quello di orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità della coppia, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando la capacità di scelta.

RIASSUNTO

Il ruolo dell'ostetrica nelle cliniche di fertilità include l'attività di *counsellor* dando ai futuri genitori consigli pre-concezionali su temi come, ad esempio, nutrizione, stile di vita o scelte di *screening* eventuali e, anche, il sostegno alla coppia alla ricerca di una gravidanza. Questo non è in realtà un ruolo comune per le ostetriche, ma oggi esiste una particolare esigenza in questo campo, così anche i paramedici sono coinvolti e devono sapere come avvicinarsi agli assistiti e sostenere il lavoro del medico.

Parole chiave

Ostetrica, Procreazione Medicalmente Assistita (PMA), infertilità.

ABSTRACT

The midwife's role in fertility clinics includes offering pre-conceptual advice to future parents, for example: nutrition, lifestyle or screening choices and even support to couple looking for a baby. This is not really a common midwife role but today there is a special need in this field so even paramedical people are involved and need to know how to approach patients and support doctor's work.

Keywords

Midwife, Medically Assisted Procreation (MAP), infertility.



La PMA: che cos'è?

L'ostetrica svolge un ruolo di fondamentale importanza nel percorso di PMA che le coppie intraprendono quando non riescono a concepire oppure portare a termine una gravidanza.

Una coppia che dopo un anno di rapporti regolari e non protetti non riesce a concepire è in genere considerata infertile. Non bisogna dimenticare, però, che una non trascurabile percentuale di coppie riesce ad avere un figlio dopo due anni di tentativi, per cui molti preferiscono parlare di infertilità dopo 24 mesi (secondo i criteri della Organizzazione Mondiale della Sanità). Invece, se una coppia ha già avuto figli ma non riesce ad averne altri, si dice affetta da infertilità secondaria. Complessivamente, l'infertilità riguarda circa il 15% delle coppie. Le cause dell'infertilità sono numerose e di diversa natura. La letteratura medica sottolinea il ruolo significativo determinato da fattori sociali complessi come lo stile di vita, la ricerca del primo figlio in età tardiva (molto importante l'età della donna), l'uso di droghe, l'abuso di alcool, il fumo, le condizioni lavorative, l'inquinamento.

In molti casi, come per esempio nell'obesità o nelle infezioni, l'informazione e la prevenzione possono fare molto. In altri casi, come nell'endometriosi, sono essenziali la diagnosi precoce e cure adeguate e tempestive.

Se l'infertilità rimane anche dopo un iter diagnostico e terapeutico positivo, è possibile rivolgersi alle tecniche di procreazione medicalmente assistita.

La sterilità in senso proprio riguarda, invece, le coppie affette da una precisa patologia irreversibile o che restano non fertili anche dopo un iter diagnostico e terapeutico esauriente e svolto in un tempo ragionevole. Quando la sterilità è una condizione permanente non resta che rivolgersi alle tecniche di procreazione medicalmente assistita più sofisticate (fecondazione eterologa).

Le tecniche di Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) comprendono "tutti quei procedimenti che comportano il trattamento di oociti umani, di spermatozoi o embrioni nell'ambito di un progetto finalizzato a realizzare una gravidanza".

Si dividono in tecniche di I, II e III livello:

- PMA in vivo (I livello)
 - IUI / AID (omologa/eterologa)
 - Rapporti mirati al concepimento
 - PMA in vitro (II e III livello)
 - FIVET
 - ICSI
 - IMSI
- } omologa/eterologa

Il ruolo dell'ostetrica/o nei confronti della coppia infertile

L'ostetrica coinvolta nelle procedure e tecniche di PMA deve possedere una buona conoscenza sulle nuove biotecnologie riproduttive che consentono la fecondazione dell'ovulo e dello stato della letteratura relativa a ciascuna di esse, oltre a competenza professionale e deontologica specifica del settore clinico in cui opera. È necessario un continuo aggiornamento sullo stato dell'arte mediante informazione personale (lettura di riviste di bioetica, di ostetricia, ginecologia e di genetica) partecipazione a corsi di formazione e aggiornamento, per conoscere rischi possibili e probabili per ciascuna di esse, implicazioni cliniche, giuridiche ed etiche. L'ostetrica deve conoscere la legislazione di settore come le circolari ministeriali relative alla PMA. Per l'ostetrica che opera in PMA diventa indispensabile conoscere il profilo diagnostico-terapeutico (PDT) che si utilizza e saperlo interpretare nelle sue parti, senza preconcetti, ma con onestà intellettuale, per essere in grado di dare, all'interno dell'*équipe*, il proprio contributo. Se richiesto, l'ostetrica deve poter rispondere in modo esauriente ai quesiti posti dalla donna o dalla coppia fornendo informazioni e spiegazioni circa il PDT in modo chiaro.

Il ruolo dell'ostetrica diventa centrale in qualità di *counselor*. Tecnicamente e in concreto l'ostetrica accoglie la coppia, con la quale compila la cartella anagrafica e procede alla raccolta dei dati sui precedenti fisiologici e patologici, individuali, familiari, lavorativi e di coppia.

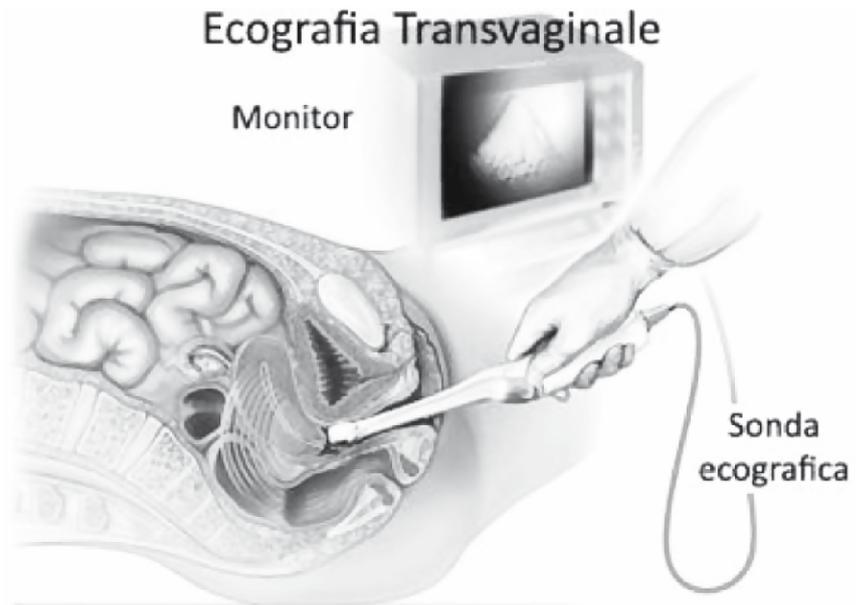
L'ostetrica segue la coppia nelle varie fasi dell'inquadramento sostenendola dentro e fuori il centro di PMA.

Si occupa dell'inquadramento della *partner* femminile effettuando l'esame obiettivo e collaborando in quelli strumentali e di laboratorio quali:

1. Ecografie bi- e tridimensionali;
2. Monitoraggio del ciclo ovarico;
3. Prelievo ematico;
4. Prelievi citologici e microbiologici cervico-vaginali;
5. Biopsia dell'endometrio;
6. *Trial Transfer*.

L'ostetrica accompagna il *partner* maschile nell'inquadramento della sua fertilità:

1. Esame del liquido seminale;
2. Spermiocoltura;
3. Frammentazione del dna spermatico;
4. Visita andrologica.



Il ruolo dell'ostetrica nella PMA viene evidenziato non solo dalla sua costante collaborazione con lo specialista ma in base al livello le sue competenze cambiano:

Nella PMA di I livello (RM / IUI / AID) infatti, l'ostetrica si occupa non solo del monitoraggio ecografico dell'ovulazione, che può essere eseguito, in base alle caratteristiche fisiche e mediche della paziente, con terapia medica, ma, nel momento in cui è fertile può dirle quando avere rapporti mirati al concepimento o effettuare l'Inseminazione intra-uterina (omologa/eterologa).

Nella PMA di II e III livello (FIVET/ICSI/IMSI) si occupa non solo del monitoraggio, ma anche della preparazione del campo operatorio sia per il prelievo degli ovociti (*pick up*) e sia per il trasferimento degli embrioni (ET.)

Il monitoraggio ecografico e ormonale serve a ridurre le possibilità di errore diagnostico, nei casi in cui sia abbinato a terapia farmacologica, serve anche a tutelare la salute della paziente, valutare quantità e qualità della risposta al trattamento, stabilire il corretto *timing* del HCG, escludere controindicazioni alla terapia e alla procedura.

Il percorso della PMA può essere lungo e tortuoso prima di arrivare al risultato, pertanto bisogna porre molta attenzione ai risvolti emotivi delle coppie infertili e in questo la figura dell'ostetrica, oltre a fornire supporto tecnico, rappresenta un importante punto di riferimento nel recepire gli stati emotivi e affettivi della coppia che va accompagnata anche in un eventuale insuccesso.

Nuova edizione del corso FAD gratuito ECM "Prevenzione e trattamento della EPP"



Federazione
Nazionale degli
Ordini della
Professione di
Ostetrica



La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), alla luce del successo registrato in occasione della prima edizione del corso FAD "Prevenzione e trattamento della EPP", ha collaborato con l'Istituto Superiore di Sanità alla predisposizione della nuova edizione che si caratterizza per i nuovi casi. Il corso FAD gratuito con 12 crediti ECM rappresenta l'occasione privilegiata per sperimentare le conoscenze degli operatori sanitari nell'ambito della prevenzione e trattamento dell'EPP ancora oggi prima causa di morte materna.

Corsi FAD ItOSS disponibili gratuitamente nel 2018

- Nuova edizione del corso: «Prevenzione e trattamento della EPP»
- Seconda edizione del corso: «Disordini ipertensivi della gravidanza»
- Prima edizione del corso: «Sepsi in ostetricia»

In 21 mesi 10.589
medici e ostetriche
hanno partecipato
alla FAD sulla EPP e
l'85% ha acquisito i
crediti ECM

<https://goal.snlg.it/>



Bibliositografia

- [1] www.iss.it
- [2] www.gazzettaufficiale.it
- [3] Dynamed:
Int J GynaecolObstet 2009 Sep;106(3)
JAMA 2003 Oct 1;290(13)
BMJ 2013 Feb 20;346:f650
NICE 2013 Feb 20:CG156 PDF
HumReprod 2011 Jul;26(7):1625
Lancet 2014 Oct 4;384(9950):1311, c
Cochrane Database SystRev 2015 Jul 15;(7):CD010537
- [4] Editors: N. de Haan – M. Spelt – R. Gobel *Reproductive medicine a textbook for paramedics eshre*
- [5] Editor: BotrosRizk – Juan Garcia Velasco – Hassan Sallam – Antonis Markrigiannakis *Infertility and assisted reproduction*, Cambridge Medicine
- [6] Autori: M. Iaccarino – D. Paladini – V. Ventruto *Ecografia in ostetricia fisiologia e patologia*, Verduci Editore
- [7] PNF - Piano Nazionale Fertilità 2015

VIETATO ALLE MINORI DI 45

Quando le ostetriche si esprimono e davanti a un “no” prendono spunto per fare *midwife* narrativo sulla menopausa

Forbidden to under 45. When obstetricians express themselves and in front of a NO, they begin to make narrative midwife on menopause



Autrice

Barbara Montani

Infermiera, ostetrica, consulente sessuale

Attualmente operativa S.E.S.T. 118 dell'A.S.O. - Alessandria

Contatti

barbara.montani@gmail.com

Introduzione

Meno nascite e più menopausa. Dovremmo fare i conti, come professioniste, con l'evidente *trend* negativo, evidenziato nel rapporto ISTAT 2016 (riportato in *Lucina* 4/2016). Quindi, parafrasando un noto conduttore televisivo “la domanda sorge spontanea”: dove vogliamo andare? Quali possibili espressioni per le professioniste dell'arte ostetrica?

La collega Silvia Vaccari in un interessante articolo, apparso sempre sulla nostra rivista (*Lucina* 3/2016) dal titolo “Quali futuri scenari della professione ostetrica”, delinea chiaramente la strada: revisione del percorso formativo, per poter



RIASSUNTO

Nuovi spazi, nuove frontiere per le ostetriche, le principali artefici della cura al femminile. Nell'immaginario comune la nostra professione è relegata all'area materno-infantile o al massimo al consultorio. In effetti, abbiamo permesso a professioni più generiche di occupare aree a noi riservate nella cura della donna.

Riprenderci quelle zone, osare e porci come referenti, usando nuovi strumenti di cura, esponendoci, rendendoci pubbliche, visibili, questa è la parola d'ordine per il futuro della professione. Visibili.

Rinnoviamoci, tornando alle radici della nostra *mission*, la donna in tutte le fasi della vita.

Formiamoci, per le nuove competenze necessarie per esprimerci come professioniste, referenti principali della salute femminile.

Usiamo le grandi, autorevoli, risorse formative endogene. Usando gli strumenti che il nostro tempo ci dà. Il *web*, la scrittura, la stampa.

Tornare ad essere le visibili referenti è uno degli obiettivi a breve termine della professione.

Parole chiave

Menopausa, *midwife* narrativo, ostetriche corsi menopausa, *Vietato alle minori di 45*, cura del femminile, ostetriche referenti della cura della donna.

ABSTRACT

New spaces, new frontiers for midwives, the main caretakers of female care. In the common imagination our profession is relegated to the maternal-infant area or to the utmost the consultory. In fact, we have allowed more generic professions to occupy areas reserved for us in women's care.

Getting back to those areas, daring and giving us referrals, using new care tools, exposing us, making us public, visible, this is the slogan for the future of the profession. Visible.

Let us renew ourselves, returning to the roots of our mission, women at all stages of life.

Let's build on the new skills needed to express us as professionals, leading female health careers.

We use the great, authoritative, endogenous training resources. Using the tools that our time gives us. Web, writing, printing.

Back to being the visible referrals is one of the short-term goals of the profession.

Keywords

Menopause, *midwife* narrative, obstetric courses menopause, *Forbidden to under 45*, care of women, midwives referents of the care of women.



aderire alle richieste delle donne, delle coppie, delle famiglie.

Giusto, giustissimo, questa è la via.

Sempre nell'articolo riportato, l'autrice evidenzia le aree di possibile occasione lavorativa, citando la menopausa come possibilità d'intervento nell'ambito privato. Mi vien da dire, osiamo di più e non dimentichiamoci di quello pubblico. Organizziamo dei corsi di accompagnamento alla menopausa, così come promuoviamo corsi di accompagnamento alla nascita nei nostri ospedali.

Se analizziamo la tabella ISTAT già citata, possiamo leggere che c'è un bacino d'utenza elevato di donne, tra i 45 e i 55 anni, che ha bisogno della nostra professionalità. La percentuale è molto più alta rispetto alle donne che, sempre secondo l'ISTAT, potrebbero partorire un numero medio di figli dell'1,34% in un'età media (per il primo figlio) di 31,7 anni.

Le donne in menopausa oggi sono le future anziane di domani. Lavorare sul benessere e la salute nel cambiamento significa gettare le basi in maniera decisamente strategica per un futuro più sano delle over 60.

Significa migliorare lo stato di benessere del Paese, dato che attraverso le donne si favorisce la salute della famiglia e della collettività; come rilevato durante i lavori della seconda Giornata mondiale della salute della donna.

Questa è una chiara richiesta da parte delle donne e della comunità, cosa aspettiamo? Che le risposte alle loro domande vengano date da altre figure?

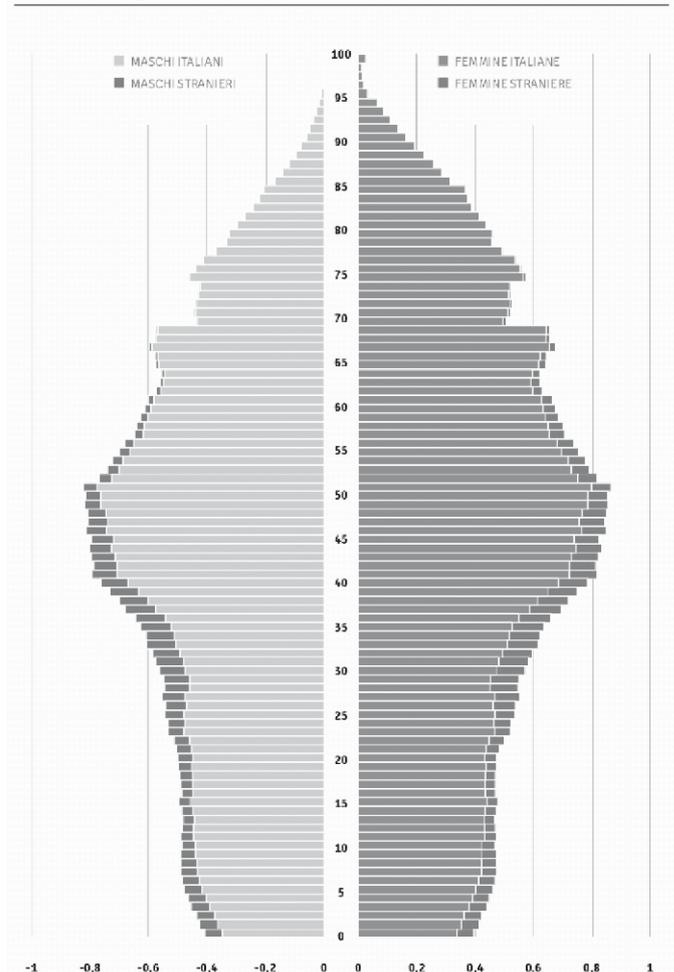
Purtroppo, l'istituzionalizzazione della nostra professione ci ha recluso nelle aree del parto e del puerperio, derubandoci di tutto quel sapere della salute al femminile che le colleghe ostetriche di condotta ben conoscevano. Dobbiamo riappropriarci di quelle competenze e di quegli spazi.

Scusate l'autocitazione, ma nel libro "Vietato alle minori di 45" (manuale di sopravvivenza alla menopausa), nel capitolo dedicato al pavimento pelvico sostengo che: "Sono un'ostetrica, cioè colei che sta accanto, accanto alle donne non solo nel parto ma, anche nell'arco di

tutta la loro vita. Questo concetto è ben espresso da un'opera del Minerbi Arrigo che si trova nell'atrio della clinica ostetrica ginecologica di Milano "L.Mangiagalli", nella quale mi sono formata e ho lavorato per anni.

PIRAMIDE DELL'ETÀ DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE PER SESSO E CITTADINANZA

Popolazione al 1° gennaio 2016, valori percentuali





Il bassorilievo raffigura una partoriente circondata da altre figure femminili: la neonata (non si vede il sesso ma scommetto che è femmina), una giovane, una donna più anziana, tra di loro una levatrice. La figura è presente per tutte le fasi della vita femminile, la nascita, l'adolescenza, la menopausa; è l'ostetrica che accompagna le donne attraverso tutti i cicli della loro vita".

Accanto alla donna, questo è il nostro posto, dovremmo riappropriarci degli spazi che abbiamo lasciato scoperti.

Acquisire le competenze

La nostra è una formazione che parte dall'università, fin da tempi più remoti rispetto alle triennali odierne (mia nonna si è formata con Luigi Mangiagalli nel 1914), ma la formazione oggi si deve confrontare con tematiche nuove, relative alla professione: l'auto-imprenditorialità, la conduzione e gestione di gruppi, la sessualità, la menopausa.

Anche gli eventi ECM, in genere, sono più rappresentati dai temi "classici" che da quelli "innovativi".

Quindi non ci resta che formarci presso le scuole di sessuologia, di psicologia, d'imprenditoria... e per la menopausa? C'è sempre il fai da te, poche le colleghe che producono incontri di livello sulla conduzione dei gruppi di donne in menopausa. Poche le colleghe che conducono gruppi di donne in menopausa. Lasciamo grandi vuoti che vengono colmati da altre figure professionali.

Ben venga perciò la tematica scelta per il Congresso Nazionale, "L'ostetrica di famiglia e di comunità per la promozione della salute globale e la cooperazione sanitaria globale". La forte partecipazione registrata gioverà soprattutto alle più giovani, quelle che la professione e gli spazi dove esercitarla se li devono faticosamente guada-

gnare (purtroppo); perché il posto sicuro non è facilmente fruibile nell'ambito pubblico. Le nuove leve si devono fare carico di quella formazione parallela di saperi che le rendano professioniste attive.

Quando un "no" diventa una nuova frontiera di cura, la scrittura

Lo scrivere è cosa antica, narrare storie è ancora più antico. Quando poi succede che incominci a scrivere perché hai la necessità di elaborare un lutto, la scrittura, oltre che fare cultura, guarisce.

Questo mi è capitato quando, armata di grandi speranze e di un ottimo progetto su un corso di accompagnamento alla menopausa, nel 2009 prima e nel 2013 poi, ho presentato a due dirigenti diversi "La compagnia del ventaglio, MENOmalechec'èlaPAUSA". Accolta con sorrisi incuriositi, la mia proposta non ha poi avuto seguito... mancanza di fondi?

C'è da fare però una premessa. Io non ho un contratto da ostetrica dal 2000, anno in cui mi sono licenziata per allevare le mie tre figlie, due delle quali sono nate "sul tappeto del bagno di casa", come sono solite dire con una punta di orgoglio e di sfida Agnese e Fabiola. Quell'esperienza mi segnò, come donna e professionista, al punto che non ho più voluto tornare in una sala parto istituzionalizzata.

Mi sono reiventata. La mia, ormai antica formazione, prevedeva il passaggio da infermieristica. Quindi ho usato quel diploma per continuare il lavoro della cura. Penso di essere una delle poche infermiere/ostetriche sull'ambulanza del sistema 118, dove sono anche docente al corso formativo, per infermieri e medici della mia provincia, del format "Ostetricia e ginecologia in ambulanza".

Però l'ostetrica che c'è in me ad un certo punto ha iniziato a scalpitare, le donne mi mancavano tantissimo e io necessitavo di riprendermi quel "pezzettin del mio codin".

Ecco il motivo del progetto "Donne con ventaglio".

Per fortuna non è andata come avevo pensato. Sì, è stata una grandissima fortuna e ringrazio ancora chi mi ha detto di NO. Se fosse andata diversamente, "Vietato alle minori di 45" non sarebbe nato.

Non si tratta di medicina narrativa, assolutamente no! Le ostetriche non hanno a che fare con le malattie, se non per la competenza di riconoscerle e coinvolgere altri professionisti della malattia nel percorso di cura.

Le ostetriche hanno a che fare con la fisiologia, con il sostegno alla fisiologicità e l'educazione alla salute, quindi "Vietato..." è sicuramente un caso eclatante di midwife narrativo.

Quando la necessità diventa un progetto

A 47 anni ho incominciato ad avere i primi sintomi della menopausa, mi sono subito attivata, come donna e professionista, per saperne di più.

Numerose sono le donne, figlie del *baby boom*, che sono nel periodo del cambiamento e hanno bisogno di confrontarsi, i dati ISTAT parlano chiaro.

Tutte noi sappiamo che la menopausa non è una malattia, nonostante ciò ci troviamo impreparate al cambiamento. Pochi i libri e decisamente troppo noiosi, forse perché scritti "tra e per" gli addetti ai lavori. Oppure, se non sono testi scientifici, hanno una visione parziale del problema, alcune tematiche vengono solo accennate a favore di una o dell'altra pratica, sia essa meditativa, fitoterapica o di *counseling*.

Le riviste continuano a propinarci immagini di giovani silfidi, di menopausa non se ne parla; non fa vendere e gli *sponsor* scappano.

Internet vuole sempre venderci qualcosa di miracoloso, poche le informazioni interessanti nel dispersivo mare del *web* che poche donne, dopo i cinquanta, frequentano.

Quindi, come ostetrica, donna tra le donne, ma anche professionista della fisiologia femminile, ho deciso di scrivere dei racconti con l'intento di dare informazioni utili, facili, fruibili.

Lungo è stato lo studio, sono nel frattempo diventata consulente sessuale... quando si parla di formazione continua!

Lungo ed entusiasmante è stato lo scrivere! Alla fine, è nato il mio corso di accompagnamento alla menopausa, tascabile!

Metodologia

Ad ogni racconto viene dato un tema relativo alla menopausa, quindi la sinossi del libro è la seguente. La suddivisione per argomenti potrebbe essere la traccia per l'eventuale produzione di un corso sulla menopausa!

Il titolo è "Vietato alle minori di 45": sei sicura/o di poterlo leggere?

Un gruppo di donne si riuniscono, con l'obiettivo comune di sopravvivere alla trasformazione. A turno, ciascuna si racconta.

A ogni capitolo, un argomento legato alla trasformazione e le relative possibilità d'intervento.

Anna racconta le stagioni della vita, del significato di ricercare il bello nel cambiamento.

Stefania, giunto il tempo in cui, la sfumatura di grigio, è quella del tuo pelo pubico. Piccante e trasgressiva, narra con sincerità della sessualità femminile.

Rosa, sangue rosso, il valore simbolico delle mestruazioni, di quando ci sono e di quando non ci sono più.

Signori e signore, strategie, su come continuare ad essere coppia, dopo che i figli e gli ormoni ti hanno lasciato.

Giulia e le scalmane. Consigli per l'uso delle terapie a sostegno.

Maddalena, la donna che viene dal passato. Ci ricorda cosa vuol dire andare oltre il branco ed essere una squadra coesa di femmine. Narra del potere creativo delle donne, che va oltre a quello procreativo.

Manuela, quando interrogando lo specchio, la risposta riflessa non ti convince.

Barbara, racconta dei muscoli del piacere e di come allenarli.

Se nell'adolescenza lo scopo del passaggio era quello di far nascere dalla bambina la donna, con la menopausa qual è? Dalla donna alla vecchia? No! Da donna a donna saggia?

Forse.

Sicuramente uno dei fini è mettersi a fuoco e passare dalla cura di tutto ciò che è fuori di noi, alla cura del dentro di noi. L'onda ci può travolgere oppure, la possiamo cavalcare.

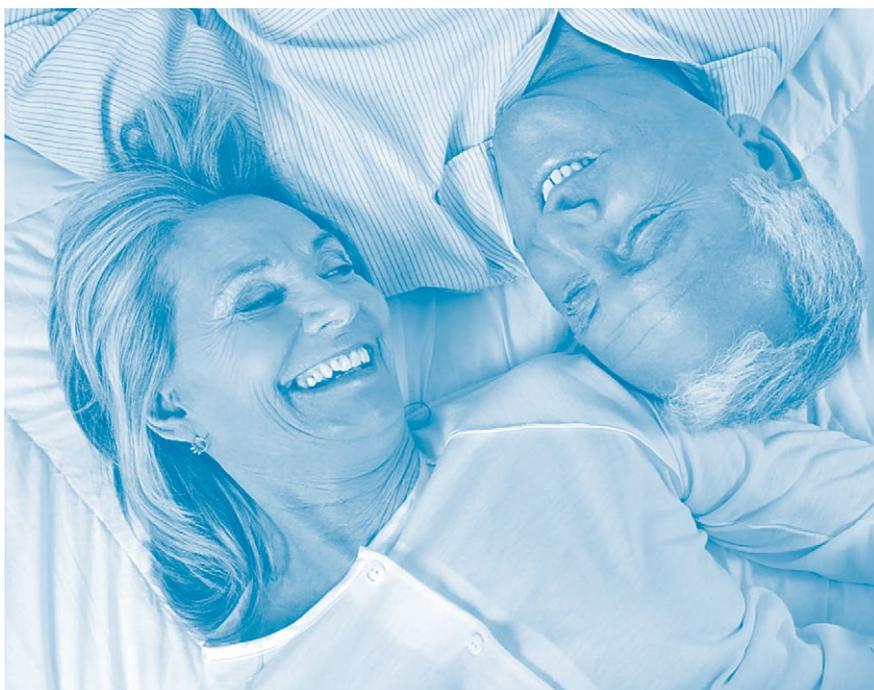
Spunti per stabilire da dove arriviamo e dove vogliamo andare.

Un manuale con tattiche di sopravvivenza e un'arma... il potente ventaglio, non più per celare, ma per evidenziare il passaggio fiere, sensuali, decise.

Le note dell'autrice ostetrica, sono parte integrante del testo. Un aiuto pratico, fatto per capire meglio.

A metà tra una raccolta di racconti e un manuale, un saggio e un libro di *midwife* narrativo.

Emozioni, risate, un sacco di utili informazioni sulle modificazioni del corpo, i sintomi, le relazioni, il sesso. Se poi se scalmana deve essere, allora scalmaniamoci!



Il progetto ostetrico/in-formativo/imprenditoriale

Il libro, il *web*, l'evento ECM. Come ben sappiamo la nascita è la fine di un percorso e l'inizio di un altro. Così, dopo la scrittura, è giunta la pubblicazione e ora la promozione. Il sito *web* www.donneconventaglio.com con relativo *blog* è aperto a tutte le donne e ai professionisti che vogliono dire la loro sul tema. Si possono pubblicizzare, tramite articoli, corsi sulla menopausa, di ginnastica rieducativa del piano perineale, per le ossa, per l'alimentazione e via così. Il tutto gratuitamente, se non al solo prezzo del divulgare il sito e il loro scrivere.

Vietato alle minori è un libro d'informazione sul benessere, facile, gradevole. È stato creato per le donne nel periodo del cambiamento. Offre però spunti interessanti alle professioniste della salute al femminile, per percorsi di accompagnamento alla menopausa.

Recentemente, un *provider* nazionale si è interessato all'opera per un progetto che vede la narrazione della salute come perno principale per un evento formativo in FAD. Il mio non è l'unico libro preso in considerazione.

Alcuni strumenti di cura rimangono nel tempo immutati (le mani per esempio), altri ancora cambiano (forbici, stetoscopi), altri si aggiungono. Il racconto "delle storie" è forse il più antico. Il *web* è ancora per lo più sconosciuto, nuovo per noi, ma più recente. Dovremmo pensare di aggiungere tutti e due alla lista del materiale occorrente per l'esercizio della professione, insieme al nostro arcaico sapere.

Bibliografia

- *La salute di genere in Toscana*, settore sanitario osservatorio di epidemiologia, ARS Toscana Novembre 2013
- D&D n 55 la salutogenesi in menopausa
- The landscape of caring for women: a narrative study of midwifery practice. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14710136>-Kennedy HP1, Shannon MT, Chuahorm U, Kravetz MK
- Linee guida sulla menopausa regione Toscana 2015 Raccomandazioni clinico-pratiche in peri-post menopausa e terza età, AGOI
- Onda - Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna - www.ondaosservatorio.it

Per il libro *Vietato alle minori di 45* la seguente:

- Angier Natalie, 2001 - Donna una geografia intima - TEA
- Alves Stella, 2013 - Pompoarismo l'arte per amare - Taita Press
- Barato Elisa, M. Gabriella Miceli, Patrizia Masi, 2010 - Menopausa creativa... un'età da inventare - Albatros
- Blackledge Catherine, 2003 - Storia di V Biografia del sesso femminile - il Saggiatore tascabili
- Bolen Jean S., 1991 - Le dee dentro la donna - Astrolabio
- Bolen Jean S., 2015 - Artemide - Astrolabio
- Bormietti Massimo - Al tempo delle streghe - Bissoni ed. Sondrio
- Camparini Enrica, 2000 - Menopausa... meno paure tecniche nuove

- Canino Antonio, Nicla Vozzella, 2016 - Menopausa vivere bene il cambiamento - Giunti Demetra
- Carrelas Barbara, 2012 - Le infinite sfumature dell'estasi - My Life
- Fenelli Antonio, Roberto Lorenzini, 2012 - Clinica delle disfunzioni sessuali - Carocci Faber
- Flamigni Carlo, 2004 - Il grande tabù delle donne - Oscar Saggi Mondadori
- Fo Jacopo, 2009 - La corretta manutenzione del maschio - Guanda
- Fontanini Franco, 2009 - L'uomo in menopausa - Armando Editore
- Giommi Roberta, 2006 - Tradire - Frassinelli
- Greenwood Sadjja, 2004 - Menopausa naturalmente - Red
- Gressanges J. 1997 - Vite di donne sole - Lyra Libri
- Grimaldi Giuseppe, 2009 - Menopausa naturale - I.S.M.E.M.
- Kaplan Helen S., 1976 - Manuale illustrato di terapia sessuale - Universale Economica Feltrinelli
- Kaplan Helen S, 2002 - Nuove terapie sessuali - Bompiani
- Leslie Leonelli Elisabetta, 2003 - Il miracolo di Santa Rosalia - Baldini Castoldi Dalai
- Linee Guida regione Toscana sulla menopausa 2015, SNLG - Zagdi srl Milano
- Linee Guida AOGOI 2007 - Raccomandazioni clinico-pratiche in peri-postmenopausa e terza età. Progetto menopausa Italia - EDITEAM sas Gruppo Editoriale
- Mac Gregor Anne, 2000 - Menopausa e terapia sostitutiva - Editori riuniti
- Masters W. Johnson V., 1967 - L'atto sessuale nell'uomo e nella donna - Feltrinelli
- Morelli Raffaele, 2011 - Dimagrire senza dieta - Mondadori
- Mulack Christa, 1996 - Maria vergine ribelle: la dea nascosta del cristianesimo - Red
- Nelson Miriam E. Sara Wernick, 2001 - Le donne toste restano giovani - Sperling Paperback
- Panozzo Marialessandra, 2004 - Menopausa le medicine naturali nell'età del cambiamento - Giunti Demetra
- Parsi Maria Rita, 2007 - Single per sempre - Mondadori
- Paul de Sury, 2016 - Come sopravvivere all'andropausa - Impromatur
- Pesce Graziella, 2011 - m.e.n.o. P.A.U.S.A. il tuo tesoro nascosto. Meditazioni - Collana Perle Colorate
- Puggelli Sergio & Sara Puggelli, 2007 - L'amore, la sessualità: non hanno età - Bastogi
- Quaderni di D&D, 2006 - Perineo e dintorni - Scuola Elementare di Arte Ostetrica srl
- Romao César, 2014 - Solo l'amore non basta - Taita Press
- Sheehy Gail, 1993 - Il passaggio muto - Rizzoli
- Sponzilli Osvaldo, Nicola Fratto, Ascanio Polimeni, 2012 - Anti-Aging - Mediterranee
- Weeks Gerald e Stephen Treat, 1998 - Terapia di coppia - FrancoAngeli
- Whitehead Malcom & Val Godfree, 1994 - Terapia ormonale sostitutiva - Churhill Livingstone
- Wiethaler Veronika, 2010 - Il pavimento pelvico - Morlacchi Editore

Il ruolo dell'ostetrica coordinatrice nel Percorso Nascita nell'ottica di integrazione ospedale-territorio

The role of the coordinating midwife in the birth path in view of integration between hospital and territory



Autrice

Rossana D'Amato

*Ostetrica iscritta al Collegio di Napoli,
in possesso del Master per le funzioni di coordinamento
rossana.damato@libero.it*



RIASSUNTO

Il momento della nascita e tutto il periodo pre- e post-natale, rappresentano una fase cruciale nel ciclo vitale di una donna, per le grandi potenzialità insite nei profondi cambiamenti che coinvolgono l'individuo e il nucleo familiare. All'interno dell'esperienza della nascita emergono una molteplicità di esigenze che concorrono a costruire e consolidare lo stato di benessere psicofisico. I servizi sanitari hanno individuato in tale periodo l'emergenza di un bisogno di salute complesso, che richiede cioè un approccio multidimensionale, operando il passaggio da una logica prestazionale a una di "presa in carico". Per perseguire tale scopo e per uniformare il percorso assistenziale, appare evidente la necessità di creare un cammino articolato in più fasi, che permetta il soddisfacimento di un bisogno di qualità: tale è il Percorso Nascita, un programma rivolto alle donne in gravidanza e alle coppie, per affiancarle dall'inizio della gestazione fino al primo anno di vita del nuovo nato. È un programma di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio, in stretta collaborazione tra il Consultorio familiare e le strutture ospedaliere di ostetricia, neonatologia e pediatria. A sostegno di un così specifico progetto si è espressa anche la giurisprudenza attuale: leggi, norme e delibere si sono progressivamente adeguate alla necessità di rispondere alle esigenze dei cittadini, sempre più complesse e intriganti, permettendone il completo soddisfacimento attraverso una serie di pilastri normativi attinenti quali linee guida sulla gravidanza fisiologica e sul taglio cesareo, profilo professionale dell'ostetrica con DM 740 del 1994 e relativo codice deontologico, Legge 251/2000 e Legge 43/2006. In tale contesto, il consultorio familiare si conferma il primo riferimento del Percorso Nascita, in stretta intesa con gli altri servizi territoriali e ospedalieri. Ma un'integrazione veramente funzionale non può non contemplare una stretta alleanza tra gli operatori, le loro diverse competenze, e una valorizzazione della presa in

carico della gestante. In ciò, un ruolo determinante spetta senza alcun dubbio all'ostetrica, figura imprescindibile in questo tipo di approccio, a generare aspetti di reale appropriatezza del percorso stesso. Dalle raccomandazioni del piano sanitario nazionale, infatti, emerge in modo significativo il ruolo affidato all'ostetrica durante il Percorso Nascita, ruolo che si esplica mediante una serie di azioni mirate e funzionali quali educare alla genitorialità, accogliere le gestanti nell'ambulatorio gestito dalle professioniste, adottare una cartella ostetrica, unica per tutte le strutture sanitarie, che rappresenti uno strumento utile per favorire la comunicazione delle informazioni tra operatori territoriali e ospedalieri, attivare e condurre corsi di accompagnamento alla nascita e operare mediante attività di *counseling*.

Nell'ottica di realizzazione di un Percorso Nascita completo, incentrato cioè sulla stretta cooperazione tra l'ospedale e il territorio, appare evidente quanto sia determinante la presenza di un'ostetrica coordinatrice, sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali, al fine di garantire una forte e proficua collaborazione. Attraverso questi passaggi e grazie alla sua abilità nel fare diagnosi, l'ostetrica individua le gravidanze fisiologiche che possono prendere parte al programma e, con la ripartizione delle competenze tra i vari protagonisti del Percorso Nascita, si potrà ricondurre il parto alla sua dimensione di evento naturale, evitando così una medicalizzazione inopportuna, che spesso si rende promotrice dell'espansione di un mercato che specula sulla salute.

Parole chiave

Percorso Nascita, confronto, *équipe* multidisciplinare, integrazione, appropriatezza, coordinamento interdistrettuale, consultorio familiare, sinergia, continuità assistenziale, presa in carico, evento naturale, collaborazione, percorsi assistenziali, protocolli, modelli organizzativi.

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, la salute della donna e dell'età evolutiva, rappresentano aree di intervento privilegiate per l'alto valore aggiunto associato alla realizzazione di efficaci programmi di prevenzione e promozione della salute, essendo le donne i pilastri della famiglia e gli adolescenti le generazioni che costruiscono il futuro. L'attenzione all'adolescenza, la prevenzione dei tumori femminili e il Percorso Nascita, sono gli ambiti strategici del POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile), per cui sono espresse le Linee Guida per la realizzazione di programmi di promozione della salute. Nello specifico, proprio l'ambito della nascita vede la donna esprimersi nella dimensione più alta della sua potenza e competenza: non c'è un momento più appropriato del Percorso Nascita per investire nella promozione della salute. In questa fase, infatti, si ha il massimo della disponibilità a riflettere sul proprio stato di benessere, al fine di assicurare le migliori condizioni alla persona che nasce. Per fornire livelli congrui di assistenza, è necessario che l'offerta dei servizi ospedalieri non prescindano da un'organizzazione a rete, su base regionale o interregionale, articolata in più livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali. Non a caso lo stesso Piano Sanitario Nazionale promuove e favorisce l'integrazione tra ospedale e territorio per la promozione di percorsi assistenziali in gravidanza. In tale ottica, le finalità dell'integrazione sono molteplici:

- ridurre l'effetto eccessivamente medicalizzato che oggi si ha intorno alla maggior parte delle gravidanze;
- demedicalizzare e riportare a condizioni di normalità il parto fisiologico;

- modernizzare l'assistenza al parto legando la donna non più al sanitario ma alla struttura di cui ha bisogno.

Tutto questo può realizzarsi solo attraverso una forte sinergia tra i vari professionisti della salute, posti come *supervisor* per le coppie nel complesso percorso che è quello della nascita. La nascita è un evento biologico, sociale ed affettivo, che abbraccia l'esperienza umana e che non può essere disgiunto dai momenti della gestazione e del *post partum*. Il momento della nascita e tutto il periodo *ante* e *post* natale, rappresentano una fase cruciale nel ciclo vitale di una famiglia, per le grandi potenzialità insite nei profondi cambiamenti che coinvolgono l'individuo e il nucleo familiare. All'interno dell'esperienza della nascita, emergono una molteplicità di istanze, che concorrono a costruire e consolidare lo stato di benessere psicofisico. I servizi sociosanitari hanno individuato in tale periodo l'emergenza di un bisogno di salute complesso, che richiede cioè un approccio multidimensionale, operando il passaggio da una logica prestazionale a una di "presa in carico". Per perseguire tale scopo e per uniformare il percorso assistenziale, facilitando la presa in carico della donna, appare evidente la necessità di creare un cammino articolato in più fasi, che permetta il soddisfacimento di un bisogno di qualità: tale è il Percorso Nascita.

Il Percorso Nascita è un programma rivolto alle donne in gravidanza e alle coppie, per affiancarle dall'inizio della gestazione fino al primo anno di vita del nuovo nato. È un programma di continuità assistenziale integrata tra ospedale e territorio, in stretta collaborazione tra il Con-

ABSTRACT

The moment of the birth and the period around pregnancy, represents a crucial phase in the vital cycle of a woman, for the great inherent potentialities in the depths changes that involve the individual and the family nucleus. Inside the experience of the birth, a multiplicity of questions that complete to build and to consolidate the state of physical and mental comfort. The sanitary services have individualized in such period the emergency of a need of health complex, that asks that is for a multidisciplinary approach, operating a passage that takes to a "taken in load". To pursue such purpose and to conform the relief run, appears obvious the necessity to create an articulated walk in more phases, that allows the satisfaction of a need of quality: such is the path birth, a turned program to the women in pregnancy and to the couples, to place side by side her from the beginning of the pregnancy up to the first year of life of the new born. It's a program of integrated relief continuity between hospital and territory, in collaboration between the family consueling center and the hospital structures of obstetrics, neonatal center and pediatrics. To support this project, actual jurisprudence is also expressed: laws, norms and deliberations are progressively adjusted to the necessity to answer to the demands of the citizens, more and more complex and scheming, allowing the suit of it satisfaction through a series of connected normative pillars what lines it drives on the physiological pregnancy and on the cut caesarian, professional profile of the midwife with Ministerial Decree 740 of the '94 and relative deontological code, Law 251 of 2000, and Law 43 of the

2006. In such a context, the family consueling center is confirmed the first reference of the path birth, in understood hold with the other territorial and hospital services. But a real and functional integration, is not able if it not to contemplate a hold alliance among the operators, their different competences and an exploitation of the taking in load of the pregnant one. So, an important role is up to without any doubt to the midwife, essential character in this type of approach, to produce aspects of reality appropriateness of the same run. In the optics of realization of a complete path birth, based on the hold cooperation between the hospital and territory, appears evident as the presence of a coordinating midwife, both for the hospital activities and for those territorial, with the purpose to guarantee a strong and profitable collaboration. Through these passages, and thanks to her ability in to male diagnosis, the midwife individualizes the physiological pregnancies that can take part to the program and, with the division of the competences among the various protagonists of this walk, the birth can be brought back to its dimension of natural event, avoiding an inopportune medication, that makes often him promoting of the expansion of a market that speculates on the health.

Keywords

Path Birth, comparison, multidisciplinary team, integration, appropriateness, interdistrict coordination, family counseling, synergy, continuity of care, care, natural event, collaboration, care pathways, protocols, organizational models.

Parto prematuro. Un counseling adeguato alle famiglie: le nuove raccomandazioni per professionisti e operatori



Società Italiana di Medicina Perinatale

della delicata situazione che stanno vivendo, per affrontare una nascita prima del termine con incertezze sul futuro del proprio bambino.

Il documento, messo a punto dal Gruppo di lavoro della SIMP (Società Italiana di Medicina Perinatale), con la collaborazione di AOGOI, SIN, FNOPO, IRIS e dell'Associazione VIVERE ONLUS, si propone come una guida per preparare i professionisti alla comunicazione con le famiglie che devono affrontare l'eventualità di un parto pretermine.

Il documento ha la finalità di fornire orientamenti e strumenti per facilitare la comunicazione e migliorare il benessere delle donne, delle famiglie e dei professionisti coinvolti. Le raccomandazioni sono state preparate attraverso un approfondimento specifico sui tre scenari integrando la valutazione di prove specifiche con l'esperienza e il giudizio multidisciplinare di esperti perinatologi, neonatologi, psicologi, ostetriche, infermieri pediatrici e associazioni di genitori. I professionisti dell'area disciplinare devono avere un atteggiamento di ascolto e di accoglienza delle preoccupazioni della coppia per consentire ai futuri genitori di percepire nel modo migliore quello che sta accadendo e per ottenere dei buoni risultati anche in termini clinici.

Comunicare in modo adeguato è parte integrante della terapia e consente l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra i professionisti e la famiglia che si trova ad affrontare una nascita prematura. Dunque si deve accogliere, ascoltare, accompagnare con parole adeguate la coppia, la famiglia in un momento "difficile", seguendo la struttura interattiva detta "sequenza dei tre passi".

Il Gruppo di lavoro della SIMP sottolinea quanto sia fondamentale partire dalle conoscenze e dalle preoccupazioni dei genitori, basando il colloquio sui dati legati al contesto clinico e della propria realtà, possibilmente fornendo del materiale informativo scritto, per migliorarne la comprensione e la possibilità di riguardarle in un secondo tempo. La Guida, che si concentra approfonditamente sull'aspetto psicologico di questa particolare evenienza, indaga i fattori che influiscono sulle condizioni psico-fisiche degli operatori sanitari, affermando che per prendersi cura dei pazienti è necessario che qualcuno si prenda cura di loro. Anche per i professionisti che forniscono le cure, alcuni eventi perinatali possono risultare traumatici ed emotivamente coinvolgenti. Infatti, se tali vissuti non hanno possibilità di essere rielaborati e superati, il rischio di *burn-out* aumenta considerevolmente.

sultorio familiare e le strutture ospedaliere di ostetricia, neonatologia e pediatria. Gli obiettivi principali che il percorso si pone sono:

- assicurare un'offerta omogenea delle prestazioni assistenziali;
- garantire sicurezza alla donna e al neonato;
- fornire continuità nell'assistenza durante la gravidanza, il parto e nel puerperio;
- promuovere, in base alle indicazioni dell'OMS, la salute della diade madre-bambino, come benessere biopsicosociale, mediante un approccio di lavoro in *équipe* multidisciplinare;
- proporre un'assistenza basata sulla centralità della donna, dei bambini e delle coppie, tenendo conto dei loro bisogni;
- offrire all'utenza un'informazione basata sulle prove di efficacia secondo le EBM;
- favorire il parto umanizzato e la nascita naturale, riconoscendo nella donna e nella coppia i reali protagonisti dell'evento nascita.

Propedeutica alla realizzazione del Percorso Nascita è dunque l'integrazione tra ospedale e territorio. Per troppo tempo chi si è occupato di sanità ha inteso che questa fosse prevalentemente l'attività degli ospedali: pochi si sono occupati di conoscere ciò che accade al cittadino comune prima che entri eventualmente in una struttura

ospedaliera o quando ne venga dimesso, per tutta la durata del suo iter sanitario. Ma parliamo di mera utopia se non si prende in considerazione, al fine di una concreta realizzazione del progetto, l'ipotesi di una formazione comune e costante dei professionisti della nascita, di una collaborazione con altri servizi e della stesura e del rispetto di protocolli mirati, il tutto attuabile attraverso un efficiente coordinamento interdistrettuale.

L'integrazione tra le strutture e le loro funzioni è un'esigenza fondamentale, un'esigenza di qualità, un'esigenza etica: non a caso a sostegno del programma di integrazione è intervenuta anche la legislazione. Di seguito i principali riferimenti:

- Legge 405/1975 - Istituzione dei consultori familiari;
- Legge 833/1978 - Istituzione del SSN;
- DM 24/4/2000 - Adozione del Pomi;
- LEA;
- Piano sanitario nazionale e piani sanitari regionali.

Lo stesso Percorso Nascita si è avvalso del sostegno della giurisprudenza attuale: leggi, norme e delibere si sono progressivamente adeguate alla necessità di rispondere alle esigenze dei cittadini, sempre più complesse ed intriganti, permettendone il completo soddisfacimento attraverso un a serie di pilastri normativi attinenti:

- Linee guida sulla gravidanza fisiologica

- Linee guida sul taglio cesareo
- Profilo professionale dell'ostetrica DM 740/94
- Codice deontologico ostetrica
- Legge 251/2000
- Legge 43/2006

In sintesi, l'integrazione fra le strutture ospedaliere e quelle di territorio favorisce la continuità assistenziale, promuovendo un messaggio univoco di salute con beneficio sia per gli utenti che per i professionisti. Ma un'integrazione veramente funzionale non può non contemplare una stretta alleanza tra gli operatori, tra le diverse competenze, e una valorizzazione della presa in carico della gestante. In ciò un ruolo determinante spetta senza alcun dubbio all'ostetrica, figura imprescindibile in questo tipo di approccio, a generare aspetti di reale appropriatezza del percorso.

Il consultorio familiare si conferma come primo riferimento del Percorso Nascita, in stretta intesa con gli altri servizi territoriali e ospedalieri. Dalle raccomandazioni del Piano sanitario nazionale emerge in modo significativo il ruolo affidato all'ostetrica durante il Percorso Nascita, ruolo che si esplica mediante una serie di azioni mirate e funzionali quali:

- educare alla genitorialità fornendo consulenze alle coppie;
- accogliere le gestanti nell'ambulatorio gestito dalle professioniste;
- adottare una cartella ostetrica, unica per tutte le strutture sanitarie, che rappresenti uno strumento utile per favorire la comunicazione delle informazioni tra operatori territoriali e ospedalieri;
- informare le donne, mediante l'utilizzo di *brochure*, già durante la gravidanza e in seguito durante il ricovero in attesa del parto;
- attivare e condurre corsi di accompagnamento alla nascita;
- operare mediante attività di *counseling* nella consape-

volezza che saper comunicare con le donne è una condizione irrinunciabile della professione ostetrica, è un'arte molto sottile, capace di trasmettere competenza, fiducia ed empatia;

- dopo la dimissione, provvedere al sostegno all'allattamento al seno e al puerperio.

Gli attori protagonisti del Percorso Nascita possono essere individuati nella coppia, l'ostetrica, il ginecologo, il neonatologo e il pediatra di libera scelta, ciascuno con le sue competenze e peculiarità.

Un modello assistenziale di Percorso Nascita, formulato e raccomandato dall'Oms prevede:

- anamnesi ostetrica;
- informazioni sulla gravidanza in corso;
- anamnesi generale.

Attraverso questi passaggi, e grazie alla sua abilità nel fare diagnosi, l'ostetrica individua le gravidanze fisiologiche che possono prendere parte al programma. Diverse indagini dell'Istituto Superiore di Sanità dimostrano che quando la nascita è presa in carico dai consultori pubblici e dalle ostetriche si ha la maggior esposizione alle pratiche raccomandate dalle conoscenze scientifiche disponibili e si verifica anche una minore esposizione a quelle non raccomandate. Non si fa abbastanza in termini di informazione e sostegno per valorizzare e sviluppare la competenza delle donne e delle persone che nascono, ma si fa troppo in termini di pratiche inutili e, talvolta, dannose, contro ogni evidenza scientifica. Ciò a dire che proprio nella circostanza in cui sarebbe massima la resa dell'investimento per la promozione della salute, non solo non si fa abbastanza ma, all'opposto, si opera impedendo l'espressione della competenza, con effetti disastrosi per il nuovo nato. In Italia il Percorso Nascita è già oggetto, in moltissime Asl, della massima cura e attenzione. Tra le Regioni italiane in cui, secondo alcuni indicatori, ha raggiunto obiettivi apprezzabili, emerge la Toscana. Esempio virtuoso è rappresentato

Tabella 1

Professionista sanitario	Competenze
Ostetrica del Consultorio	1. Illustrazione del Percorso Nascita, con consegna di materiale informativo multilingue e informazione circa le certificazioni perviste dalle normative. Raccolta dati anamnestici necessari, applicazione attività di <i>counseling</i> e valutazione del rischio ostetrico
Ostetrica del Consultorio	2. Effettuazione del <i>counseling</i> collettivo con le coppie a 8/10 settimane, richiesta dei primi esami previsti
Ostetrica del Consultorio e personale del Percorso Nascita	3. Prima visita della donna con valutazione del rischio ostetrico a circa 12 settimane: se la gravidanza risulta a basso rischio, la donna viene indirizzata al percorso di gravidanza fisiologica, in caso contrario, viene indirizzata all'Ambulatorio di Patologia ostetrica
Ostetrica del Consultorio	4. Presa in carico della donna da parte della professionista e prenotazione per i corsi di accompagnamento alla nascita; eventuali interventi di altre figure professionali del Consultorio
Ostetrica del consultorio e medico del Percorso Nascita	5. Rivalutazione del rischio, visite, ecografie e monitoraggio cardiocografico
Ostetrica ed <i>équipe</i> ospedaliera	6. <i>Timing</i> e modalità del parto
Ostetrica ed <i>équipe</i> ospedaliera	7. Evento nascita
Ostetrica del Consultorio	8. Visita in puerperio per madre e neonato (entro 7/10 giorni dalla dimissione)

dal Comune di Grosseto, nella cui Asl sono state istituite 4 unità consultoriali, una per Distretto e presso ogni Consultorio è attiva un'equipe multidisciplinare. Quanto alle modalità operative, il percorso consta di 8 tappe, garantite a livello consultoriale e centralizzato-ospedaliero, è gratuito per tutte le prestazioni inserite nel libretto di gravidanza, mentre per le restanti è previsto il pagamento di un ticket. L'auspicio è che la realtà toscana rappresenti non l'esempio raro di un'eventualità possibile, bensì un caso di prassi comune, ben radicata ed estesa a livello nazionale.

In un percorso ad alta integrazione socio-sanitaria, come quello della nascita, appare chiaro che la modifica di alcune parti vada a incidere su più fronti, richiedendo quindi un attento confronto tra le diverse componenti, che devono dimostrarsi disponibili ad affrontare questa necessità, senza mai perdere di vista la centralità del destinatario da un lato e il valore dei propri saperi dall'altro. Pertanto, affiancare ai genitori e, in particolar modo alle madri in attesa, figure professionali in grado di parlare un linguaggio sincronico, capace di profilare opzioni rintracciabili in diversi contesti, dalla sala parto al consultorio, passando per ostetriche, ginecologi, pediatri, coordinati tra loro, ci pare possa costituire un'ottima frontiera verso l'integrazione socio-sanitaria. In questo intreccio di saperi e contatti che precedono e seguono il parto, può essere ritenuta una buona prassi il rispetto dei ruoli e delle peculiarità dei singoli professionisti. La ripartizione delle competenze tra i protagonisti del Percorso Nascita è schematicamente sintetizzata nella Tabella 1.

Conclusioni

L'integrazione, dunque, deve diventare un valore e per far sì che questo accada dev'essere innanzitutto condivisa dalle diverse componenti professionali. I modelli organizzativi esistono già: è però necessario sviluppare la cultura in termini di conoscenza dei servizi e delle prestazioni più efficaci, nonché dal culto di lavorare assieme tra professionisti, avvalendosi di strumenti di indirizzo comuni quali linee guida, protocolli e percorsi assistenziali, in modo da soddisfare le esigenze sia di chi eroga i servizi, sia di chi li utilizza, ma anche di chi mette a disposizione risorse e strutture. Nell'ottica di realizzazione di un Percorso Nascita completo, incentrato cioè sulla stretta cooperazione tra l'ospedale e il territorio, appare evidente quanto sia determinante la presenza di un'ostetrica coordinatrice, sia per le attività ospedaliere che per quelle territoriali. Le coordinatrici dei due pool dovranno garantire una forte e proficua collaborazione. Il direttore dell'Unità operativa, tramite i coordinatori dei due pool, può proporre e concordare una rimodulazione dell'attività organizzativa, per trasferire temporaneamente i professionisti da una struttura all'altra in base al fabbisogno e al personale necessario a coprire la turnazione prevista. La realizzazione e la gestione di un Percorso Nascita capace di sostenere e

affiancare la famiglia durante e dopo quell'evento rivoluzionario che è il parto, descrive una testimonianza dell'eccellenza del sistema socio-sanitario. Tutto questo perché è diventato inaccettabile dover leggere nelle statistiche che la maternità è la prima causa di abbandono del lavoro per le donne, che in Italia specie nelle regioni meridionali si è raggiunto un tasso di tagli cesarei spropositato, che alle attività consultoriali e di territorio si rivolgono prevalentemente donne immigrate, spesso clandestine o gestanti poco abbienti e con scarso livello culturale, e che i professionisti orientano il loro operato alla concorrenza sleale basandolo su di un antagonismo immotivato. Vorremmo invece cominciare a far parte di una collettività il cui grado di civiltà può essere misurato proprio a partire da come essa accoglie e si prende cura della nascita di una nuova persona. La medicalizzazione non è solo l'espressione di una indebita espansione di un mercato che specula sulla salute, quanto soprattutto un tentativo subdolo di espropriazione della persona e delle sue capacità di controllo sul proprio stato di salute. È tempo di ricondurre il parto alla sua dimensione di evento naturale, arricchendo e potenziando le donne, e di farlo con scienza, coscienza, professionalità ed empatia, ricordando loro che da sempre la natura le ha rese capaci di partorire e ai loro bambini di nascere.

Bibliografia

- Mara Tognetti Bordogna, *I colori del welfare: servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Franco Angeli Editore, 2004
- Verena Schmid, *Venire al mondo e dare alla luce. Percorsi di vita attraverso la nascita*, Apogeo Editore, 2005
- Simone Peruzzi, *Liberare la qualità*, Maggioli Editore, 2013
- Rosetta Papa, *Stringo i denti e diranno che rido. La donna e l'accidentato percorso nascita*, Guida Editori, 2003
- Ferruccio Miraglia, *Per una cultura del nascere*, Rubbettino Editore, 2005
- Osservatorio Nazionale sulla Salute delle regioni italiane, *La salute della donna: stato di salute e assistenza nelle regioni italiane*, Franco Angeli Editore, 2015
- Muraro – Rebba, *Nuove istituzioni per l'assistenza socio sanitaria*, Franco Angeli Editore, 2009
- Piera Maghella, *Incontri di accompagnamento alla nascita*, Il Castello Editore, 2014
- Miriam Guana, *La disciplina ostetrica*, Mc Graw – Hill Editore, 2006
- Castelli – Pintus, *Manuale operativo del Consultorio familiare*, Angeli Editore, 2007
- Rossella Bonito, *La cura delle donne*, Meltemi Editore, 2006
- Gabriella Ferrari Arrigoni, *Dalla grande madre al bambino*, Edizioni Mediterranee 1992
- F. Mazzucchelli, *Il sostegno alla genitorialità, professionalità diverse in particolari situazioni familiari*, Franco Angeli Editore

IL GIOCO DELL'OCA DELL'ALLATTAMENTO

Uno strumento per promuovere, sostenere e, soprattutto, proteggere l'allattamento dai luoghi comuni e dai falsi miti... semplicemente giocando!



Autrici

Chiara Chittoni

Ostetrica Ospedale "Ramazzini" di Carpi
AUSL Modena
chiarachittoni@virgilio.it



Angela Tusberty

Ostetrica Ospedale "Ramazzini" di Carpi
AUSL Modena
angelatusberti@libero.it

Ormai ventotto anni fa, in una dichiarazione congiunta, OMS e UNICEF stilarono i 10 passi che possono rendere "Amici del bambino" i luoghi della nascita e i servizi offerti alle madri e alla famiglie.

Il terzo di questi passi suggerisce agli operatori di "informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno" affinché tale pratica possa contribuire a tutelare la salute dei bambini e delle madri e permettere loro di esprimere al meglio il loro specifico potenziale di salute.

Tuttavia sapere che il latte materno è la scelta ottima-

le o, meglio, la norma biologica e che il bambino allattato è il modello di crescita e di sviluppo normali non è sufficiente. Come scrive chiaramente Jan Riordan: "Sfortunatamente, sapere che allattare è il modo ottimale di nutrire un bambino non basta. È necessario conoscere le regole giuste per allattare e, inoltre, è di fondamentale importanza che la società accetti queste regole". Questo, secondo noi, è il passaggio fondamentale: inserire l'allattamento materno in un contesto sociale e familiare che lo accolga nella sua complessità e in tutti i suoi aspetti. Non si tratta solo di

RIASSUNTO

L'informazione sugli effetti dell'allattamento per la salute di madre e bambino e sulla sua gestione pratica è un aspetto importante dell'assistenza ostetrica.

Purtroppo far conoscere la "teoria" non è sufficiente per garantire un buon avvio e una serena prosecuzione dell'allattamento perché le situazioni concrete e l'ambiente familiare in cui viene a trovarsi la madre dopo il parto possono creare difficoltà.

Il *Gioco dell'Oca dell'Allattamento* è stato pensato con l'obiettivo di creare uno strumento nuovo, per offrire informazioni e risposte sulla gestione pratica dell'allattamento alle mamme in attesa.

Il gioco, proponendo una serie di situazioni concrete in cui tutte le mamme prima o poi vengono a trovarsi, vuole proprio sfatare tutti quei falsi miti che circolano sull'allattamento e sulla cura del bambino e che hanno reso difficile alle mamme nutrire i propri bambini al seno.

Questo strumento è stato costruito proprio come un gioco dell'oca tradizionale con un percorso a spirale in cui si susseguono ripetendosi 4 tipologie di caselle: *Imprevisti*, *Possibilità*, *Certezze*, *Essere voce*. A ciascuna di queste voci corrisponde

una situazione concreta che descrive una difficoltà (*Imprevisti*), richiede una scelta (*Possibilità*), permette di offrire informazioni corrette in merito all'allattamento (*Certezze*) oppure offre una lettura che parla del mondo del bambino, delle sue emozioni e della relazione con la madre (*Essere voce*).

Le informazioni vengono offerte con modalità diverse, non solo come nozioni verbali, ma vengono mostrate e commentate fotografie, offerti semplici giochi per favorire la comprensione e l'interiorizzazione della fisiologia del neonato e dell'allattamento.

Come tutti i giochi anche *Il Gioco dell'Oca dell'Allattamento* ha un vincitore: chi arriva per primo alla casella finale ha vinto la partita, ma in realtà vincono tutti (mamme, operatori e soprattutto bambini) perché i genitori hanno avuto l'opportunità di acquisire informazioni corrette, sanno a chi rivolgersi in caso di difficoltà e, quindi, possono davvero liberamente scegliere.

Parole chiave

Allattamento, gioco dell'oca, informazione, falsi miti, essere voce, latte materno, scelta informata.



Com'è nata l'idea del gioco?

L'idea di utilizzare un gioco per affrontare il tema dell'allattamento è maturata all'interno di un gruppo di lavoro composto da ostetriche e da mamme *peer* del GAAM (Gruppo Aiuto Allattamento Materno), durante la stesura del programma di eventi proposti per la Settimana Mondiale per l'Allattamento 2016 a Carpi (Modena).

L'obiettivo è stato quello di creare uno strumento nuovo per parlare con le mamme in attesa, in modo diverso e divertente, dei benefici del latte materno e della gestione pratica dell'allattamento.

Molto spesso le madri dopo il parto, pur avendo ricevuto informazioni corrette dagli operatori della salute, si trovano in difficoltà nella gestione quotidiana di questa pratica e talvolta i buoni propositi si scontrano con una cultura non sempre amica dell'allattamento al seno.

Il gioco, proponendo una serie di situazioni concrete in cui tutte le mamme, prima o dopo, vengono a trovarsi, vuole sfatare tutti quei falsi miti che circolano sulla gestione e cura del bambino e che hanno reso difficile alle mamme nutrire i propri bambini al seno. Ad esempio capita di sentire ancora nonne, zie o vicine di casa che, in assoluta buona fede, insinuano il dubbio che il latte possa essere di cattiva qualità, che il pianto sia un segnale di scarsa produzione di latte, che il dolore ai capezzoli sia un passaggio obbligato per iniziare ad allattare, che il bambino abbia preso "il vizio" delle braccia o che se non dorme di notte è ora di passare al biberon con dentro un bel biscottino (o meglio 2-3)... Per una mamma, stanca dopo il parto e messa alla prova dalla fatica di accudire un neonato di giorno o di notte questi consigli, spesso non richiesti, possono essere estremamente pericolosi!

offrire latte, ma di capire e credere che il neonato è competente, conosce le sue necessità e le manifesta con un suo linguaggio (non fatto di orologi e bilance!) che dobbiamo imparare a conoscere e rispettare. "Tutto ciò – prosegue Riordan in *Breastfeeding and Human Lactation* – affinché le donne che desiderano allattare possano farlo senza ostacoli. La sfida che ci attende è che le conoscenze sull'allattamento ritornino di dominio pubblico e che tale pratica venga reinserita nel tessuto sociale".

Non è facile, ma noi ci proviamo giocando insieme!

ABSTRACT

Informing mothers about the importance of breastfeeding and the effects on both the mother and babies health is an important aspect of midwifery care.

Unfortunately making people aware about the theory is not enough to guarantee a good start and a peaceful continuation of breastfeeding. This is because the reality and the family environment in which women live after childbirth can cause difficulties.

The *Chutes and Ladders of Breastfeeding* has been created for pregnant women as a new tool to give information and answers about the practical management of breastfeeding.

The game shows real case scenarios which mothers will likely be facing sooner or later. The purpose of these scenarios is to dispel any myths about breastfeeding and the care of a newborn baby that might discourage the mother from breastfeeding.

This tool has been created like the original *Chutes and Ladders* game: there is a spiral pathway with 4 different types of boxes. These follow one another: *Accident*, *Possibility*, *Certainty*, *Newborn voice*. Each word is linked to a real life situation that describes a difficulty (*Accident*), that requires a choice

(*Possibility*), that offers the correct information about breastfeeding (*Certainty*), or offers the newborn point of view, their feelings, emotions and the relation with the mum (*Newborn voice*).

All of this information is presented in different ways. There are verbal lessons often coupled with discussions about pictures. Simple games are also used to aid peoples comprehension of the newborn and breastfeeding physiology.

Like every game, the *Chutes and Ladders of Breastfeeding* has got a winner. The one who gets to the final box wins, but really everybody wins (mums – healthcare staff – and mainly newborn babies). Parents get the chance to learn the correct information and they are now aware of who to contact in case of any difficulty. Therefore giving them the knowledge and skills to make an informed choice for themselves and their baby.

Keywords

Breastfeeding, *Chutes and Ladders*, information, false myths, being a voice, breast milk, informed choice.

A chi è rivolto?

Il gioco è rivolto principalmente ai genitori in attesa e può essere utilizzato durante i percorsi di accompagnamento alla nascita e nei gruppi di sostegno alla pari. Quello della gravidanza è, infatti, un buon momento per acquisire informazioni corrette, comprendere quali sono i veri bisogni di un neonato e, invece, quali pratiche obsolete e scorrette vanno evitate.

Come è stato costruito?

Il Gioco dell'Oca dell'Allattamento è stato costruito come il famoso gioco dell'oca, con un percorso a spirale in cui si incontrano ripetutamente quattro tipologie di caselle:

- *Imprevisti*;
- *Possibilità*;
- *Certezze*;
- *Essere voce*.

I partecipanti (possono giocare anche i papà, anzi sarebbe importantissimo!) sono suddivisi in piccole squadre che, a turno, lanciando il dado spostano la loro pedina in base al punteggio ottenuto su una di queste caselle.

Ad ogni voce corrisponde una situazione concreta che descrive una difficoltà (*Imprevisti*), richiede una scelta (*Possibilità*) o diventa l'occasione per offrire informazioni corrette in merito all'allattamento (*Certezze*). Quando la pedina giunge sulla casella *Essere voce*, viene proposta una lettura sul mondo del bambino, sulle sue emozioni e sulla relazione con la madre (vedi box *Essere voce*).

Gli argomenti affrontati nelle varie situazioni descritte toccano gli aspetti più significativi dell'allattamento e

sono tratti principalmente dall'opuscolo prodotto dal Ministero della Salute nel maggio 2016 *Allattare al seno - Un investimento per la vita*.

A quali domande vogliamo rispondere?

Il gioco vuole offrire risposte complete e corrette sull'avvio e la prosecuzione serena dell'allattamento.

Le mamme e i papà si chiedono:

- "Come faccio a capire quando e come allattare?";
- "Mia mamma non ha avuto latte... Io ne avrò?";
- "In caso di taglio cesareo è possibile allattare?";
- "Posso mangiare i legumi, le fragole o la cioccolata?";
- "Posso prendere un farmaco se necessario?";
- e, soprattutto, "Come valutare se il mio bambino si alimenta in modo adeguato?".

Queste e tante altre sono le domande che le mamme si pongono. Spesso le risposte che ricevono sono estremamente fantasiose, poco corrette e soprattutto possono portare a scelte inopportune, che interferiscono negativamente sull'avvio e sulla prosecuzione dell'allattamento, oltre a minare la fiducia della madre nelle sue capacità di nutrice. Nel gioco vengono presentate situazioni reali e quotidiane (il bambino è nato da un parto difficile, piange spesso, non fa pasti ad orari prestabiliti, la mamma deve tornare al lavoro...) e le mamme possono confrontarsi tra loro e con chi conduce il gioco per capire quali scelte possono essere opportune e quali, invece, disturbare l'allattamento. Ovviamente la presenza delle ostetriche e/o di mamme esperte guida il gruppo a trovare soluzioni appropriate e offre chiarimenti e approfondimenti in merito all'argomento trattato. Le informazioni vengono offerte con modalità diverse.

Essere_VOCE

All'interno de **Il Gioco dell'Oca dell'Allattamento**, troviamo le caselle di *Essere_VOCE*. Il riferimento è ad un progetto nato a Carpi una decina di anni fa, per promuovere la lettura ad alta voce ai bambini ancora prima della nascita.

Nato dalla collaborazione di diversi professionisti dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Carpi, della Biblioteca Ragazzi Il Falco magico e da lettrici volontarie, *Essere_VOCE* si sviluppa in incontri mensili rivolti ai genitori in attesa, ai quali si cerca di far scoprire la bellezza e l'utilità del racconto e della voce come mezzo per stringere sin dai primi mesi dell'attesa un forte legame affettivo.

Solo da pochi anni sono note le percezioni uditive del bambino prima di nascere. A metà gravidanza egli possiede un udito perfettamente sviluppato e maturo, in grado di sentire, codificare e ricordare con precisione i suoni. Il cervello si sviluppa e matura in base alle esperienze precoci e l'ascolto di voci e suoni rappresenta un'esperienza essenziale sia nel periodo vissuto nella pancia sia nei primi mesi dopo la nascita. La voce è musica, la musica è ritmo, come lo è il battito del cuore della madre che accompagna il bambino per tutta la sua vita intrauterina. Le ninnenanne e le filastrocche sono una sorta di abbraccio esteso, un cullamento vocale in grado di aiutare lo sviluppo mentale ed emotivo del bambino. Recenti studi hanno permesso di capire che la voce della propria madre produce nel neonato un vero e proprio piacere, favorendo il legame e il riconoscimento del genitore. In base a queste ricerche potremmo dire che i bambini hanno bisogno di cibo come di parole e che le parole e i suoni piacevoli sono il cibo della mente. È per questo che agli incontri di *Essere_VOCE* viene proposto alle mamme e ai papà in attesa di dedicare tempo per parlare con il proprio bambino, di raccontargli storie o di cantare per lui. Tutto questo insieme a ostetriche, operatori culturali e lettori volontari.



Tavolo tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'allattamento materno

POSITION STATEMENT SULL'USO DI FARMACI DA PARTE DELLA DONNA CHE ALLATTA

La salute della mamma in allattamento è fondamentale per quella del bambino e, in caso di malattia, può essere valutata l'opportunità di iniziare una terapia farmacologica o di non interromperla, qualora essa sia già in atto. Tuttavia, l'assunzione di medicinali da parte della donna che allatta solleva la problematica della sicurezza per il lattante, per i possibili effetti conseguenti al passaggio del farmaco nel latte materno.

I limitati dati sui rischi correlati all'uso dei farmaci in allattamento non sempre aiutano a decidere se l'atteso beneficio della terapia per la donna che allatta sia superiore al rischio di eventi avversi per il bambino. Un'informazione non adeguata pertanto può indurre un'inutile sospensione dell'allattamento o la rinuncia alla cura da parte della mamma, oppure il ricorso all'automedicazione e in particolare a terapie alternative (omeopatici, integratori, fitoterapici), che non possono essere intese come pregiudizialmente più efficaci e più sicure. Si stima che tra il 65% e il 95% delle donne in allattamento assuma farmaci, il cui uso solleva la problematica della sicurezza in corso di allattamento che il TAS ha inteso affrontare con un **Position statement sull'uso di farmaci da parte della donna che allatta al seno** (www.fnopo.it/news/position-statement-sull-uso-di-farmaci-da-parte-della-donna.htm) che il Ministero della



CITTA' ed ISTITUTO	TELEFONO ed e-MAIL	ORARIO
BERGAMO (ENTIS) Tossicologia clinica – Centro Antiveleeni Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Piazza OMS,1, 24127	800.883300 035.2675096 035.2674835 (fax) clintox@hpg23.it	24/24 ore
FIRENZE (ENTIS) Centro di Riferimento Regionale di Tossicologia Perinatale. Tossicologia Medica. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Largo Brambilla 3, 50134	Per il pubblico: 055.7946731 Per operatori sanitari: 055.7946859 055.794.6160 (fax) toxper@aou-careggi.toscana.it	Lunedì:14.00 – 17.00 Da martedì a venerdì: 10.00 – 14.00
PADOVA (ENTIS) CEPIG – Servizio di Informazione Teratologica, Genetica Clinica ed Epidemiologica Azienda Ospedaliera di Padova via Giustiniani 3, 35128	049.8213513 049.8214422 049.821.1425 (fax : 24/24 h) ambulatorio.genetica@sanita.padova.it	Le consulenze non sono telefoniche. La richiesta va inoltrata via fax o e-mail tramite apposita modulistica che si scarica dal sito. http://www.sdb.unipd.it/sites/sdb.unipd.it/files/cter%20MODULO%20web%202013%20rev%20130513.pdf Serve un'impegnativa medica con pagamento dell'eventuale ticket tramite bonifico bancario.
ROMA "Filo Rosso" Roma Telefono Rosso Istituto di Clinica Ostetrica e Ginecologica, Dipartimento per la Tutela della Salute della Donna e della Vita Nascente Largo A. Gemelli, 8 – 00168	06.5800897 06.3050077 06.30156572 (fax) telefonorosso@rm.unicatt.it	Lunedì, martedì, mercoledì, venerdì: 14.00 – 17.00 Giovedì: 10.00 – 13.00

Salute ha pubblicato recentemente. Il documento è molto importante perché sono ancora troppi gli allattamenti interrotti a causa di assunzione di farmaci, pertanto risulta determinate poter disporre di valide fonti di riferimento come i tre Centri riportati in tabella.

Non solo come nozioni verbali, ma vengono anche mostrate e commentate fotografie, offerti semplici giochi per favorire la comprensione e l'interiorizzazione della fisiologia del neonato e dell'allattamento. Ad esempio come dobbiamo aspettarci che il bimbo apra la bocca? Come per mangiare un panino o come per risucchiare uno spaghetti? Oppure come ci aspettiamo che un bambino bagni o sporchi i pannolini? Attraverso il gioco proviamo a capirlo bene provando a sporcare e bagnare veramente i pannolini... Ma non si parla solo di latte! Si parla del bambino e di come scopre il mondo insieme alla sua mamma nutrendosi di latte, ma anche di sensazioni, emozioni e letture. Perché non c'è solo uno stomaco da riempire, ma anche una vita da scoprire!

Chi vince?

Come tutti i giochi anche il *Gioco dell'Oca dell'Allattamento* ha un vincitore: chi arriva per primo alla casella finale ha vinto la partita, ma in realtà vincono tutti! Vincono le mamme quando hanno l'opportunità di raccogliere informazioni corrette e condividerle con altre

mamme, quando hanno gli strumenti per fare scelte consapevoli e sanno a chi rivolgersi in caso di difficoltà. Vincono gli operatori che, offrendo informazioni corrette ed efficaci e sostenendo le mamme che incontrano, adempiono a un importante compito di educazione alla salute. Soprattutto, vincono i bambini, che hanno l'opportunità di ricevere l'alimento più prezioso da madri serene, sostenute dalla famiglia e dagli operatori sanitari. Tenendo sempre presente che "nutrire" un bambino non significa solo sfamarlo, ma che latte e amore scorrono sempre insieme!

Bibliografia

- *Allattare al seno - Un investimento per la vita*, Ministero per la Salute, Roma 2016
- *Q IAN* di Piera Maghella, Maita Sartori, Tiziana Catanzani, Numeri Primi Editore 2014
- *Allattare. Un gesto d'amore* di Tiziana Catanzani e Paola Negri, Bonomi Editore 2015
- *L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità*, OMS, 1989

Analisi qualitativa sull'insoddisfazione delle puerpere dopo il parto vaginale in analgesia epidurale

Qualitative analysis on the dissatisfaction of mothers after vaginal birth in epidural analgesia



Autrici

Lucrezia Romiti

*Ostetrica, Laureata Magistrale presso l'Università degli Studi di Milano. Ospedale Valduce, Como
lucrezia.romiti@gmail.com*



Paola Agnese Mauri

*Infermiera, Ostetrica, PhD Scienze Infermieristiche e Ostetriche, IBCLC Università degli Studi di Milano Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità
Corso di Laurea in Ostetricia Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Dipartimento della Donna-Bambino-Neonato
paola.mauri@unimi.it*

RIASSUNTO

Introduzione

La letteratura sull'esperienza vissuta dalle donne che decidono di vivere un "parto senza dolore" è scarsa. In particolare, quella legata all'insoddisfazione di aspettative.

Scopo

Analizzare il vissuto delle donne che hanno riferito un'esperienza negativa o molto negativa del travaglio e del parto con analgesia epidurale, per comprendere gli elementi attesi disattesi.

Materiali e metodi

Studio qualitativo fenomenologico. Tra agosto e settembre 2016 presso l'Ospedale Valduce di Como sono state campionate in modo propositivo 11 puerpere che hanno riferito insoddisfazione dopo l'esperienza di travaglio e parto con analgesia epidurale. Alle donne è stata proposta un'intervista semi-strutturata, registrata e successivamente trascritta integralmente.

Risultati

I risultati della ricerca hanno individuato nelle narrazioni: 68

Etichette, 15 Categorie e 6 Temi di significato. Le donne dichiarano di aver perso il controllo del proprio corpo e di non avvertire più gli stimoli corporei e i movimenti del feto. Inoltre, riferiscono un profondo senso di colpa per aver richiesto l'analgesia, associato a paura e smarrimento per le sensazioni provate in periodo espulsivo. Emerge l'importanza del supporto dell'ostetrica in travaglio, risultato carente dopo l'esecuzione dell'analgesia epidurale.

Conclusione

La ricerca ha permesso di comprendere quale sia il vissuto di coloro che decidono di richiedere l'analgesia epidurale in travaglio di parto. È importante non far sentire abbandonata la donna in epidurale. Data l'insoddisfazione emersa, si è proposto un progetto - in collaborazione con gli anestesisti - che preveda l'utilizzo della pompa a infusione continua con boli intermittenti programmati, alla quale in letteratura è associata una migliore compliance materna.

Parole chiave

Soddisfazione materna, analgesia epidurale in travaglio, vissuto del parto.



Introduzione

Secondo la definizione della International Association for the Study of Pain [1] (IASP - 1986) e dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il dolore "è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno".

L'esperienza del dolore del parto è l'effetto di fattori sia somatici che psichici, fisiologici e/o patologici e può rappresentare un'esperienza dolorosa importante.

L'analgia epidurale si inserisce in un contesto complesso in cui la componente soggettiva del dolore, strettamente dipendente dall'emotività legata all'evento del

parto, si esplica in risposte individuali altamente diversificate [2]. Esistono diversi schemi posologici per raggiungere la miglior sedazione del dolore con controllo degli effetti collaterali [3].

La gestione del dolore del travaglio e del parto è oggetto di interesse da parte della comunità scientifica, tuttavia, pochi sono gli studi che prendono in considerazione quale sia l'esperienza vissuta dalle donne che decidono di vivere un "parto senza dolore" e non si ritrovano studi che cerchino di comprendere l'eventuale insoddisfazione delle puerpere che hanno fatto ricorso ad analgesia epidurale.

Obiettivi

Studio qualitativo fenomenologico il cui obiettivo primario è analizzare i racconti delle donne che riferiscono di aver vissuto un'esperienza negativa o molto negativa del travaglio e del parto con analgesia epidurale, per cercare di comprendere quali siano le aspettative disattese. Obiettivo secondario è quello di identificare i fattori di competenza dell'ostetrica che possano favorire un vissuto positivo delle donne durante i "travagli senza dolore".

Materiali e metodi

Nei mesi di agosto e settembre 2016 presso il reparto di Ostetricia dell'Ospedale Valduce di Como sono state individuate 15 puerpere che, al momento della dimissione, hanno riferito il proprio malcontento in merito all'esperienza di travaglio e parto con analgesia epidurale in

ABSTRACT

Introduction

The literature on the experience of women who decide to live a "birth without pain" is poor. There are few studies about the dissatisfaction of expectations.

Purpose

To analyze the experiences of women who reported having a negative or very negative experience of labor and delivery with epidural analgesia, to try to understand what were the expected factors that disappointed them.

Materials and methods

Phenomenological qualitative study. The sample was recruited between August 2016 and September 2016 at the Valduce Hospital of Como, Italy. Were identified 11 mothers who reported disappointment about their experience of labor and birth with epidural analgesia. We conducted semi-structured interviews to these mothers which were tape-recorded and verbatim transcribed.

Results

The search results are organized linking the women's narra-

tives to 68 Labels, 15 Categories and 6 Themes of meaning. Women claim to have lost control of their bodies and they didn't feel their body's stimuli and fetal movements.

Moreover, they report a deep sense of guilt for having requested analgesia, associated with fear and bewilderment due to the feelings experienced during the second stage. The importance of the midwife assistance in labor emerges, that is low after the execution of the epidural analgesia.

Conclusions

The research has allowed us to better understand the experience of mother who decide to request epidural analgesia during labor. It is important never make the woman feel abandoned, once the pain is controlled. Given the dissatisfaction emerged, we proposed a project - in collaboration with the anaesthetists - that involves continuous infusion analgesia with programmed intermittent boluses, which is associated with better maternal compliance according to the literature.

Keywords

Maternal satisfaction, epidural analgesia in labor.

base alla risposta data al questionario di soddisfazione alla seguente domanda: "A posteriori, come valuta la Sua esperienza di travaglio/parto?" (in scala Likert da 1 a 5, risposta pari a 1 o 2 = molto negativa o negativa).

Ulteriori criteri di inclusione: nazionalità italiana o straniere parlanti fluentemente la lingua italiana, parto per via vaginale tra le 36 e le 41 settimane gestazionali, neonato singolo e sano.

Delle 15 donne, 4 hanno rinunciato all'intervista non rilasciando consenso. Si è conclusa la necessità di reclutamento quando il campione ha permesso la saturazione dei dati [4].

Le donne sono state intervistate entro 10 giorni dal parto, tempo necessario per registrare i dati dei questionari e permettere alle donne di rielaborare l'esperienza del parto [5].

Previa autorizzazione del Comitato Etico e della Direzione Sanitaria dell'Ospedale è stato redatto il questionario riportato in Tabella 1.

Prima di iniziare l'intervista è stata presa visione dei partogrammi e della storia clinica e anestesiológica della donna per memorizzare alcuni dati ostetrici che permettessero di contestualizzare il racconto e, in un secondo momento, di descrivere con maggior completezza le informazioni raccolte. Per analizzare i testi delle interviste, sono state individuate e annotate le Etichette di significato e si è potuto procedere alla triangolazione dei concetti espressi con un secondo ricercatore.

In un primo momento, sono state identificate 97 Etichette, successivamente accorpate a un numero di 68. Grazie all'accorpamento delle Etichette, è stato possibile definire 15 Categorie e 6 Temi di significato.

Tabella 1 - Domande guida all'intervista condotta

1. Mi racconti come è andato il travaglio.
2. Se ha già partorito, come valuta questa esperienza rispetto alla precedente?
3. Che cosa l'ha spinto a richiedere l'analgisia epidurale? Ne era convinta?
4. Come pensa di aver gestito il dolore del travaglio?
5. Se dovesse utilizzare un'immagine: come aveva immaginato il Suo travaglio/parto?
6. A posteriori, come valuta la Sua esperienza?
7. Provi a descrivermi cosa, secondo Lei, non è andato nel modo giusto
8. Vuole provare a spiegare cosa vuol dire "esperienza negativa del parto"?
9. Come donna, cosa si sente di suggerire a un'altra madre che intende richiedere l'analgisia epidurale in travaglio?

Tabella 2 - Variabili demografiche del campione (11 partecipanti in totale)

Variabili pazienti	Partecipanti	Variabili pazienti	Partecipanti
Stato sociale		Durata periodo dilatante	
Coniugata	8	< 0 = 5 ore	2
Nubile	3	5-10 ore	4
Titolo di studio		>10 ore	5
Scuola media inferiore	2	Analgisia epidurale eseguita a	
Scuola media superiore	6	Inizio travaglio	5
Laurea	3	Dopo 2 ore	2
Parità		Dopo 4-5 ore	4
0	9	Durata periodo espulsivo	
1	2	<3 0 minuti	2
Gravidanza		< 0 = 1 ora	3
Fisiologica	7	>1 ora	2
Patologica	4	1-2 ore	2
Tipo di travaglio		>2 ore	2
Spontaneo	6	Tipo parto	
Indotto:		Eutocico	7
a. Prostaglandine	2	Ventosa ostetrica	3
b. Amnioressi	2	Kristeller	1
c. Ossitocina	1		

Tabella 3 - Temi e categorie risultati dalla ricerca

Temi	Categorie
1. L'analgesia epidurale in travaglio: una scelta consapevole e/o indotta	1. Le motivazioni/paure che spingono la donna a richiedere l'analgesia 2. Preoccupazioni/paure che derivano da esperienze passate 3. Gli operatori influenzano la scelta della donna
2. Le sensazioni in analgesia epidurale: il positivo e il negativo	4. Sensazioni positive 5. Il dolore che "permane" 6. "Perdere sensibilità e controllo"
3. "Teorie" legate all'analgesia epidurale	7. Gli effetti sul "bambino" 8. L'effetto sui tempi del travaglio 9. Gli atteggiamenti degli operatori
4. Necessità di ricevere tutte le informazioni	10. La donna/coppia ha bisogno di ricevere tutte le informazioni riguardo il travaglio/parto con analgesia epidurale: l'analgesia epidurale può modificare i tempi del travaglio e le sensazioni provate della donna
5. Le donne elaborano la loro esperienza	11. Teorie "a posteriori" 12. Le "paure che restano" 13. La delusione e il senso di colpa
6. Qualcosa che non c'entra con l'analgesia e potrebbe far andar "male le cose"	14. Difficoltà organizzative a prescindere dal comportamento delle ostetriche 15. Difficoltà organizzative legate al comportamento delle ostetriche

Risultati

Campione propositivo di 11 donne di età compresa tra i 21 e i 35 anni con decorso fisiologico del puerperio. Tutti i neonati hanno avuto il punteggio di Apgar pari a 10 al quinto minuto dalla nascita, con valori di pH superiori a 7. Nessun ricovero in Terapia Intensiva Neonatale. Le altre variabili demografiche e cliniche sono riportate nella Tabella 2.

I Temi e le Categorie evidenziati dalla ricerca sono riportati in Tabella 3.

Tema 1. Dalle interviste è emerso che alcune donne decidono a priori di richiedere l'analgesia farmacologica in travaglio di parto poiché sono spinte da paure o convinzioni personali.

Tra le paure, le donne riferiscono paura del dolore legato alle contrazioni, soprattutto tra coloro che sono alla prima esperienza. Anche i tempi prolungati del travaglio o il travaglio indotto inducono le madri a richiedere l'analgesia farmacologica; in seconda analisi, vi è il brutto ricordo delle esperienze passate. Infine, anche gli operatori coinvolti influenzano la scelta della donna con i loro consigli o osservazioni espressi durante il travaglio.

Tema 2. L'analgesia epidurale genera delle sensazioni ambivalenti, positive e negative. Alcune donne riferiscono che l'assenza di dolore permette loro di recuperare le forze e affrontare meglio le ore successive del travaglio. Sostengono, inoltre, che l'analgesia epidurale sia l'unico modo per sopportare il dolore causato dall'infusione di ossitocina utilizzata per indurre o accelerare il travaglio di parto.

Nonostante il sollievo nella prima fase del travaglio, la maggior parte delle donne non si aspetta di avvertire nuovamente dolore nella fase espulsiva. La ripresa improvvisa di alcune sensazioni (premito o dolore)

genera vissuti negativi e reazioni inaspettate da parte delle donne stesse. Circa metà del campione intervistato si sofferma sulla descrizione di sensazioni non ben identificabili, generate dall'analgesia. La perdita di sensibilità di alcune zone del corpo se da un lato porta sollievo alla donna, dall'altro spaventa poiché si tratta di sensazioni mai provate. Inoltre, alcune donne dichiarano di aver perso il controllo del proprio corpo e non avvertire più gli stimoli corporei e i movimenti del bambino. Mancando la percezione del proprio bambino e del premito rettale, non riescono a spingere e a collaborare in periodo espulsivo.

Tema 3. Le donne esprimono teorie contrastanti riguardo gli effetti degli analgesici sui tempi del travaglio. La maggior parte delle donne ritiene che l'analgesia epidurale provochi un aumento delle ore del travaglio. Al contrario, una minoranza è convinta del fatto che i farmaci utilizzati per l'analgesia epidurale portino a una accelerazione dei tempi della dilatazione della cervice uterina. Per buona parte del campione, gli operatori hanno un ruolo fondamentale durante il travaglio e il parto e, con i loro atteggiamenti, possono avere un'influenza positiva o negativa sullo stato d'animo della donna e della coppia.

Tema 4. Nello specifico, le donne esprimono più volte il desiderio di ricevere tutte le informazioni riguardo al travaglio e al parto con analgesia epidurale. Conoscere i nuovi tempi del travaglio e le sensazioni che si avvertono dopo l'analgesia conforta le travaglianti e le rende più tranquille.

Tema 5. Nonostante tutto, le donne riconoscono che la maggior parte delle fatiche siano ripagate dalla gioia del parto e che vedere il proprio bambino faccia dimenticare le sofferenze delle ore precedenti.

Alcune puerpere si sentono in colpa perché sono convinte di aver causato dei danni al bambino scegliendo di fare l'analgia epidurale. Inoltre, sono deluse da loro stesse per non aver avuto le giuste forze per aiutare il bambino a nascere.

Tema 6. Quasi la metà delle donne intervistate ha raccontato di aver vissuto delle difficoltà causate da problemi organizzativi dipendenti dalla turnistica ospedaliera. Durante le ore del travaglio le donne/coppie instaurano un rapporto di fiducia con l'ostetrica presente e essi affermano quanto questo rapporto sia poi difficile da ricreare con l'ostetrica che subentra con il turno successivo.

Infine, alcune donne esprimono pareri negativi in merito all'assistenza ostetrica che attribuiscono in parte al grande carico lavorativo del turno, in parte alla stanchezza dell'operatore durante le ore notturne.

Discussione

Come riportato in letteratura, la stanchezza e le numerose ore di travaglio influenzano molto la scelta delle donne [6, 7] che quindi, dopo aver messo in atto le tecniche non farmacologiche di sedazione del dolore, richiedono l'analgia epidurale per lo sfinimento fisico. A questa scelta contribuiscono anche i pareri dei professionisti coinvolti nell'assistenza e, per le pluripare, i ricordi delle esperienze pregresse.

Paradossalmente, l'analgia epidurale può generare sensazioni sia positive che negative. Mentre gli aspetti positivi sono facilmente deducibili in quanto si tratta del sollievo indotto dalla sedazione del dolore, gli aspetti negativi hanno dovuto essere individuati. Le stesse donne che hanno effettuato l'analgia epidurale per recuperare energia e non avvertire più dolore, si definiscono insoddisfatte a causa della perdita di controllo del proprio corpo e per l'insorgenza di sensazioni "strane", non conosciute e imbarazzanti [5]. Inoltre, l'inizio del secondo stadio (periodo espulsivo) disorienta molto le donne, le quali dichiarano di aver provato un dolore inaspettato nello spingere.

Proprio in questi racconti si insinua la necessità di ricevere maggiori informazioni riguardo ai tempi del travaglio, al dolore percepito e non, alle sensazioni e alle conseguenze reali e non dell'analgia epidurale in travaglio. Il supporto e le spiegazioni fornite dall'ostetrica giocano un ruolo fondamentale per la donna/coppia che spesso racconta di sentirsi sola e disorientata.

Dopo l'esecuzione dell'analgia epidurale le donne si definiscono "abbandonate" in quanto "meno bisognose" di sostegno agli occhi del professionista. Questo stesso disorientamento e la mancanza di supporto possono generare, a posteriori, elaborazioni per lo più negative dell'esperienza del travaglio e del parto.

Se da un lato è fisiologico, e da sempre documentato in letteratura [8-11], che la paura del dolore delle contrazioni e la paura di morire accompagnino la donna in travaglio, dall'altro può maturare nella donna un profondo

senso di colpa e delusione per il fatto di richiedere l'analgia epidurale e non avere le forze di affrontare il travaglio senza [5-7, 12, 13].

Ancora una volta, gli stessi professionisti possono determinare l'insoddisfazione della donna per motivi che prescindono dall'analgia. Il cambio del turno e l'impossibilità di una assistenza *one-to-one*, come confermato dalla più recenti linee guida [14, 15], destabilizzano la donna e condizionano negativamente la sua esperienza.

Conclusione

Basandosi su quanto emerso dalle interviste, si evincono due problematiche principali sulle quali bisognerebbe agire: una clinica/anestesiologica e una assistenziale. Dal punto di vista anestesiológico, nella ricerca in oggetto sono state intervistate 11 donne che hanno ricevuto l'analgia epidurale somministrata a boli al bisogno, tecnica attualmente utilizzata presso l'Ospedale Valduce. Data l'insoddisfazione emersa dalle donne, si è proposto alla Direzione Sanitaria – in collaborazione con gli anestesisti – un progetto sperimentale che preveda l'utilizzo delle pompe a infusione continua con boli intermittenti programmati. Questa tecnica farmacologica, già utilizzata in altri centri italiani [16, 17], permetterebbe una migliore sedazione del dolore senza la sua riacutizzazione al termine del bolo (dipendente anche dalla reperibilità e disponibilità dell'anestesista) e un maggior controllo del dolore causato dal premito nel secondo stadio del travaglio. La pompa ad infusione continua, secondo la letteratura, aumenta la soddisfazione materna con minori dosaggi di farmaci anestetici ed effetti collaterali [18].

Riguardo al problema assistenziale, i professionisti coinvolti devono essere informati e formati adeguatamente sui possibili effetti avversi e alterazioni dei tempi/parametri fisiologici per poter offrire un'assistenza ostetrica adeguata alle tecniche analgesiche richieste.

Come evidenziato da Jones [13] e dalle fonti prese in esame [6, 5, 19], la soddisfazione della donna non sembra dipendere unicamente dalla sedazione del dolore, proprio perché l'intensità e la percezione del dolore sono fortemente influenzate non solo dalle caratteristiche anatomiche e cliniche di madre e feto e dall'evoluzione del travaglio, ma anche dalla modalità assistenziale proposta dall'ostetrica (limitazione del movimento e visite frequenti), da fattori psicologici (ansia, stanchezza, pregresse esperienze negative), da fattori culturali e sociali (mancato sostegno, donne straniere che non comprendono la lingua).

Per migliorare l'assistenza ostetrica è importante ricordare che la mancata conoscenza dei tempi del parto e una limitata consapevolezza del significato del dolore del travaglio amplifica il meccanismo di paura-dolore e la successiva richiesta di analgesia farmacologica [19]. Per questo le ostetriche, nel corso di accompagnamento alla nascita, dovrebbero affrontare approfondita-



mente il tema del dolore e fornire informazioni esauritive sulla qualità, intensità e localizzazione del dolore stesso.

Inoltre, è importante supportare la donna nella sua scelta di gestione del controllo del dolore, dopo essersi accertati che sia stata una scelta libera, consapevole e responsabile. Sarebbe auspicabile che fossero fornite informazioni adeguate e complete sulle metodiche di analgesia e sulle tecniche di supporto, farmacologico e non, per il controllo del dolore. Tali informazioni è opportuno che comprendano le relative indicazioni, i possibili benefici per la madre e per il feto, le controindicazioni, nonché la differente percezione del premito in periodo espulsivo. È poi importante non far sentire mai abbandonata la donna una volta sedato il dolore anche quando sono utilizzate tecniche farmacologiche.

Bibliografia

- [1] David Yarnitsky, MD. PAIN Reports®
- [2] Moore Sue. Understanding pain and its relief in labour. 2003rd ed
- [3] Ferdinando Fant. Analgesia epidurale in travaglio di parto
- [4] LoBiondo-Wood G, Haber J, Palese A. Metodologia della ricerca infermieristica. Milano [etc.: McGraw-Hill; 2004
- [5] Jepsen I, Keller KD. The experience of giving birth with epidural analgesia. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2014 Jun;27(2):98–103
- [6] Hidaka R, Callister LC. Giving birth with epidural analgesia: the experience of first-time mothers. *J Perinat Educ*. 2012;21(1):24–35
- [7] Pandya ST. Labour analgesia: Recent advances. *Indian J Anaesth*. 2010 Sep;54(5):400–8.
- [8] Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [cited 2016 Aug 21]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000331.pub3>
- [9] Eneroth B. How to measure “nicely”? Gothenburg: Natur og kultur; 1984
- [10] Green JM, Baston HA. Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth Berkeley Calif*. 2003 Dec;30(4):235–47
- [11] Schrock SD, Harraway-Smith C. Labor analgesia. *Am Fam Physician*. 2012 Mar 1;85(5):447–54
- [12] Cooper GM, MacArthur C, Wilson MJA, Moore P a. S, Shennan A, COMET Study Group UK. Satisfaction, control and pain relief: short- and long-term assessments in a randomised controlled trial of low-dose and traditional epidurals and a non-epidural comparison group. *Int J Obstet Anesth*. 2011 Jan;19(1):31–7
- [13] Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. In: The Cochrane Collaboration, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cited 2016 Aug 18]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- [14] National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. NICE; 2015
- [15] SaPeRiDoc. Centro di documentazione online sulla salute perinatale e riproduttiva
- [16] Capogna G, Camorcia M, Stirparo S, Farcomeni A. Programmed Intermittent Epidural Bolus Versus Continuous Epidural Infusion for Labor Analgesia: The Effects on Maternal Motor Function and Labor Outcome. A Randomized Double-Blind Study in Nulliparous Women. *Anesth Analg*. 2011 Oct;113(4):826–31
- [17] ISTAT. Sanità e salute
- [18] George RB, Allen TK, Habib AS. Intermittent epidural bolus compared with continuous epidural infusions for labor analgesia: a systematic review and meta-analysis. *Anesth Analg*. 2013 Jan;116(1):133–44
- [19] Spandrio R, Regalia A, Bestetti G. *Fisiologia della nascita*. Vol. 4^a ristampa. Carrocci Editore; 2016

DA “LEVATRICE” A “OSTETRICA”

Una professione insostituibile da secoli accanto alla donna

From “levatrice” to “ostetrica”:
an irreplaceable profession near women during the centuries

Autrici



Letizia Genati
Ostetrica privata

Valentina Benati
Ostetrica privata

Giulia Ferretti
Ostetrica privata

Esther Fiorese
Ostetrica privata

Martina Marcotulli
Ostetrica privata

Ilenia Stanzione
*Ostetrica contrattista –
AOU “S. Giovanni di Dio
e Ruggi d’Aragona” –
Salerno*

Iolanda Rinaldi
*Responsabile Aziendale
Servizio Assistenza
Ostetrica ASLRM1
Presidente
Collegio Provinciale
delle Ostetriche
di Roma*

RIASSUNTO

Questo lavoro mostra il livello di conoscenza della gente sulla moderna figura dell’ostetrica italiana. Abbiamo proposto un questionario elettronico a 1.300 partorienti per analizzare il periodo perinatale.

Parole chiave

Ostetrica, informazione pubblica, allattamento, parto, sanità, Percorso Nascita, consultorio familiare, autonomia professionale.

ABSTRACT

This paper shows the people’s acknowledgment level about modern Italian midwife. We proposed an electronic form to 1,300 new mothers for analyzing the period around the childbirth.

Keywords

Midwife, public information, breastfeeding, childbirth, health, birth path, family counseling, professional autonomy.

Introduzione

La figura della moderna ostetrica inizia con la storia della donna partorientente agli albori del mondo. Platone nei suoi scritti cita la figura di Fenarete (V secolo a.C.), madre di Socrate ed esperta levatrice, come esempio della maieutica che “estrae i pensieri” dalla mente con una sorta di “parto intellettuale” [A].

Anche le lingue europee risentono di questa figura nella parola che indica la “levatrice”. In tedesco abbiamo il termine *Hebamme* che associa il concetto dell’allattamento a quello di avere un figlio. In spagnolo abbiamo *comadre* con chiara allusione all’affiancamento della levatrice al periodo della gravidanza, parto e puericultura. In francese abbiamo *sage-femme*, ossia donna saggia

che conosce i problemi e li risolve. In inglese il termine di “levatrice” diventa *midwife*, “quasi moglie”, una vita dedicata alle famiglie delle donne che affiancano nella cura della mamma e del neonato [B].

Il passaggio da “donna esperta di parti” a professionista a 360° nell’assistenza della donna avviene con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale n. 266 del 12 novembre 2004 del Decreto Ministeriale n. 270 del 22 ottobre 2004. Nell’allegato “A” di tale legge si trova, per la prima volta, il riferimento al corso universitario SNT/01 “Professioni sanitarie, infermieristiche e professione sanitaria ostetrica” e “SNT/01/S Scienze infermieristiche e ostetriche” [1].



Il passo è fatto. Si è passati dalla levatrice all'ostetrica. La giovane donna esperta di parti è diventata una professionista capace di assistere la donna durante tutto il periodo della sua vita nelle problematiche connesse con la sua sessualità. Dal menarca alla menopausa, passando per la contraccezione, la gravidanza, il parto, le cure del neonato, l'allattamento, le cure post-gravidanza, la menopausa, la senilità, ecc.

Però nell'immaginario collettivo, l'ostetrica è rimasta la levatrice che Comencini tratteggia nel 1953 in *Pane, amore e fantasia* [C].

Siamo nel 2017, sono passati oltre sessant'anni, ma su internet si trovano definizioni riduttive come le seguenti: "Si tratta di una figura professionale che si occupa dell'assistenza delle donne incinte, durante il parto e nei primissimi mesi di vita nel nascituro". Oppure: "Le ostetriche sono le persone preposte per assistere le puerpere nel processo della gravidanza, del parto e delle cure postnatali anche del bambino. Spesso assistono le donne che vogliono un parto naturale, offrendo una guida emotiva e spirituale oltre che un'assistenza fisica di base".

Per valutare con precisione il livello di conoscenza relativo alla moderna figura dell'ostetrica abbiamo condotto uno studio conoscitivo mediante un questionario epidemiologico somministrato a un campione di 1.300 donne nel periodo perinatale.

Materiali e metodi

Nel presente studio è stato utilizzato un questionario epidemiologico elettronico a risposte chiuse costruito *ad hoc* e inserito in apparecchiature elettroniche idonee a utilizzare moduli "distribuiti" in formato PDF (*tablet, smartphone, personal computer*) mediante il software gratuito Adobe Acrobat Reader DC.

Un gruppo di sei giovani ostetriche laureate (opportuna-mente istruite all'uso del software) hanno somministrato personalmente il questionario, dando indicazioni di massima per la compilazione (senza per altro suggerire le possibili risposte). Ogni intervistata ha volontariamente collaborato allo studio e ha compilato, prima di rispondere alle domande, un consenso informato nel pieno rispetto della legge italiana sulla *privacy* (Decreto Legislativo 196/2003 e successive integrazioni e modifiche). Le ostetriche hanno raccolto le risposte delle intervistate in modo anonimo e trasmesso i singoli questionari compilati in allegati criptati al centro di raccolta dati.

Tutte le singole risposte delle singole domande sono state raccolte in un foglio elettronico nel formato XLS di Microsoft Excel per una successiva analisi epidemiologica e statistica mediante un software epidemiologico e statistico [2].



Tabella 2 - Titolo di studio dichiarato dalle 1.252 intervistate

Titolo di studio	Partorienti	
	numero	%
Nessuno	4	0,3
Licenza Elementare	24	1,9
Diploma Media Inferiore	208	16,6
Diploma Media Superiore	530	42,4
Laurea Triennale	140	11,2
Laurea Magistrale	253	20,2
Specializzazione post-laurea	93	7,4
Totale	1.252	100,0

Risultati

I questionari sono stati distribuiti a un campione di 1.300 partorienti e/o puerpere nei primi giorni dopo il parto nel periodo dal 9 marzo al 29 maggio 2017. Analizzando in dettaglio il questionario si rilevano i seguenti dati e le frequenze di risposte relative alle singole domande specifiche. Circa una cinquantina di partorienti non ha compilato il questionario ricevuto. Una decina per motivi non meglio identificati, mentre le restanti avevano problemi di comprensione della lingua italiana scritta e parlata.

Nei tre mesi del progetto sono stati compilati 1.252 questionari epidemiologici (vedi Allegato "A") in sette reparti ostetrici e ambulatori pubblici di città italiane (vedi Tabella 1).

Il campione delle 1.252 donne aveva una età media di 33 ± 5 anni (da un minimo di 17 a un massimo di 55 anni con una mediana di 33 e una moda di 37 anni).

Lo stato civile dichiarato dalle intervistate era: 789 (63,0%) coniugate; 445 (35,6%) conviventi; 18 (1,4%) nubili. Il titolo di studio dichiarato era quello riportato nella Tabella 2, a fronte di un periodo medio di studi di 14 ± 4 anni (da un minimo di 1 ad un massimo di 29 anni con una mediana ed una moda di 13 anni).

Tabella 1 - Origine e suddivisione dei questionari compilati

Città	Ospedale	Numero schede
Agropoli (SA)	Istituto Clinico Mediterraneo	63
Catania	Policlinico Vittorio Emanuele	200
Milano	Ospedale Luigi Sacco	195
Ostia (RM)	Presidio Ospedaliero Giovan Battista Grassi	25
Roma	Fatebenefratelli (A) Isola Tiberina	177
Roma	Fatebenefratelli (B) Isola Tiberina	200
Salerno	Casa di Cura Villa del Sole	137
Sassuolo (MO)	Nuovo Ospedale Civile	203
Varie	Ambulatori pubblici	52
Totale		1.252

L'attività lavorativa dichiarata era la seguente: 267 (21,3%) disoccupate; 26 (2,1%) studentesse; 136 (10,9%) casalinghe; 609 (48,6%) lavoratrici dipendenti; 214 (17,1%) lavoratrici indipendenti.

La gestazione è durata in media 39 ± 2 settimane (da un minimo di 27 ad un massimo di 43 settimane con una mediana ed una moda di 39 settimane).

Seguendo in dettaglio la frequenza delle singole risposte date alle singole domande del questionario, si evidenziano le seguenti caratteristiche.

C_01 = Da chi è stata seguita principalmente durante la gravidanza? (è possibile più di una risposta)

C_01	Frequenza	
	numero	%
Ginecologo privato	811	55,1
Ginecologo di struttura pubblica	357	24,2
Consultorio familiare	167	11,3
Ostetrica di struttura pubblica	110	7,5
Ostetrica privata	26	1,8
Medico di famiglia	1	0,07
Totale	1.472	100,0

C_06 = Tipo di parto

C_06	Frequenza	
	numero	%
Spontaneo	774	61,8
Operativo	35	2,8
Cesareo elettivo	251	20,0
Cesareo d'urgenza	192	15,4
Totale	1.252	100,0

C_02 = È a conoscenza che l'ostetrica è una professionista che può seguirla durante tutta la gravidanza ?

C_02	Frequenza	
	numero	%
No	471	37,6
Sì	781	62,4
Totale	1.252	100,0

Conclusioni

Dall'analisi di frequenza delle risposte date dalle partorienti (del campione intervistato) alle domande del questionario si evidenziano i seguenti punti.

- Esiste una scarsa conoscenza della figura professionale dell'ostetrica (C_02) che giustifica l'alta percentuale di scelta di altre figure professionali in occasione dell'assistenza durante la gravidanza/parto (C_01).
- La non-conoscenza dei fenomeni connessi al periodo della gravidanza/parto è anche connessa alla scarsa partecipazione delle partorienti ai corsi di accompagnamento alla nascita (Tabella 3 e risposte specifiche date ad altre singole domande).
- Le informazioni acquisite sono principalmente rappresentate dal ginecologo (1.219 "Sì" ossia il 97,4%) e da fonti non scientifiche e/o poco autorevoli e/o professionali come parenti/amici/conoscenti (958 "Sì" ossia il 76,5%, più di 3:4) oppure potenzialmente fuorvianti come internet (995 "Sì" ossia il 79,5%, quasi 8:10).
- È riconosciuta l'importanza della figura della ostetrica al momento del parto rispetto al ginecologo (867 "SI" ossia il 69,2% quasi 7:10).

Tabella 3

C_03 = Ha partecipato ad un corso di accompagnamento alla nascita durante questa gravidanza ? (è possibile più di una risposta)

	Partorienti	
	numero	%
Sì, presso un ospedale	148	11,5
Sì, presso un consultorio familiare, su invito	37	2,8
Sì, presso un consultorio familiare, con accesso spontaneo	161	12,5
Sì, presso una struttura privata	82	6,3
Subtotale risposte affermative	428	33,1
No, perché lo avevo già frequentato durante un'altra gravidanza	240	18,5
No, perché non ero a conoscenza della loro esistenza	39	3,0
No, perché non ho ricevuto un invito a partecipare	23	1,8
No, perché non lo ritenevo utile	304	23,5
No, perché sconsigliata	22	1,7
No, perché non ho trovato una struttura disponibile	38	2,9
No, per problemi di tempo	193	14,9
No, perché a pagamento/ticket	8	0,6
Subtotale risposte negative	867	66,9
Totale	1.295	100,0

- Nel complesso l'esperienza della gravidanza/parto è stata valutata in modo molto positivo dalle partorienti intervistate. Il livello di gradimento riferito dalle intervistate aveva un punteggio medio di media di 9 ± 2 (da un minimo di 1 a un massimo di 10 con una mediana e una moda di 10).
- La maggior parte delle donne ha allattato al seno il proprio figlio e un numero maggiore si è dichiarato disponibile a farlo appena possibile. Da queste risposte si evidenzia anche che 53 donne (4,2% delle intervistate) sono fermamente intenzionate a non allattare. Di queste donne: 16 (1,3%) hanno allattato in un primo momento e non intendono continuare, mentre 37 (2,9%) non lo hanno fatto e non hanno intenzione di iniziare.
- D'altro canto 1.094 donne (87,4% delle intervistate) hanno allattato si da subito e hanno intenzione di continuare e altre 105 (8,4%), che non hanno allattato subito, sono a pronte a farlo appena possibile. Tra queste ultime molte hanno il figlio appena nato ricoverato in UTIN e tirano il latte per non perdere la produzione latte.
- Le partorienti intervistate avrebbero voluto maggiori informazioni sul periodo *post-partum* del rientro a domicilio.
- È da notare che quasi una ostetrica su due (poco più del 50%) dà informazioni alla puerpera circa le cure del neonato dopo il rientro a casa; mentre soltanto quasi un ginecologo su tre (ossia circa meno del 31%) fornisce tali informazioni. Le differenze riscontrate (tra chi ha fornito informazioni alle partorienti e chi le ha seguite in gravidanza) sono statisticamente significative ($p < 0,0001$ con $X^2 = 30,56$ e un grado di libertà).
- Questa situazione giustifica l'80% di risposte affermative fornite alla domanda G_15 ("Gradirebbe la visita gratuita di un'ostetrica a domicilio nelle prime settimane dopo il parto?").
- Anche se molte non dichiarano problemi di smagliature, la maggior parte ha usato/usa regolarmente prodotti cosmetici fin dai primi mesi di gravidanza. È da notare che hanno iniziato il trattamento contro le smagliature 691 donne rispetto alle 495 che dichiarano di avere smagliature e alle 687 che usano regolarmente prodotti contro le smagliature. Le 691 intervistate che hanno risposto "Sì" hanno dichiarato di aver iniziato il trattamento in media al $3^\circ \pm 2^\circ$ mese di gravidanza (da un minimo del 1° a un massimo del 9° mese con una mediana del 2° e una moda del 1° mese).
- La maggior parte delle intervistate non conosce persone che hanno avuto giovamenti dalle creme cosmetiche per le smagliature (760/961 ossia il 68,9%).
- La maggior parte delle utilizzatrici di creme cosmetiche per le smagliature hanno avuto informazioni da parenti/amici/conoscenti e pubblicità (617/961 ossia 64,2%). La figura professionale maggiormente indicata è il farmacista (138/961 ossia il 14,4%).



Vaccino contro Hpv, revisione Cochrane ne dimostra efficacia e sicurezza



A sancire l'efficacia e la sicurezza del vaccino contro l'Hpv arriva una revisione comparativa indipendente del gruppo Cochrane, che ha esaminato 26 studi condotti complessivamente su oltre 73.000 ragazze e donne. Si è osservato prima di tutto che gli effetti collaterali di una certa rilevanza sono stati rari e simili a quelli riscontrati in coloro che avevano ricevuto un placebo o un altro tipo di vaccino. In ogni caso, non si è registrato nessun decesso e neppure eventi avversi gravi come aborti spontanei o decessi.

Nei Nuovi Lea 2017 è prevista tutta una parte relativa alla vaccinazione contro l'Hpv sia per quanto riguarda le ragazze sia i ragazzi, i cui contenuti vanno divulgati alla popolazione e nel quale il ruolo dell'ostetrica risulta determinante per una adeguata informazione, in particolar modo alle mamme perché recepiscono le raccomandazioni ministeriali sostenute dall'OMS.

L'occasione di incontrare la madre di una adolescente può presentarsi presso il Consultorio Familiare, dove la donna si reca per la consulenza contraccettiva, oppure per eseguire lo screening per il carcinoma del collo dell'utero, inter-

vento sanitario che ha lo scopo di diagnosticare le lesioni pre-tumorali o il tumore in fase precoce, cioè prima che compaiano segni e sintomi, in modo da prevenire lo sviluppo del tumore e migliorarne la prognosi.

Molto più probabile risulta, però, l'approccio alla madre della giovanissima presso l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale (MMG) che la stessa frequenta anche per i bisogni della famiglia e dove dovrebbe trovare piena applicazione l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con MMG ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 502/1992 e s.m. e i.



Il presente studio porta alle seguenti proposte per la sanità pubblica:

- Pianificare una campagna di informazione pubblica sulla figura professionale dell'ostetrica e il suo ruolo durante tutte le fasi di vita della donna, a partire dall'adolescenza fino ad arrivare alla menopausa.
- Ottimizzare l'informazione per offrire una conoscenza maggiore dei fenomeni legati alla gravidanza e al parto, argomenti utili alla donna per affrontare con più serenità e consapevolezza il Percorso Nascita (PN).
- Omogeneizzare l'inizio e i contenuti dei CAN al fine di garantire informazione, assistenza e continuità assistenziale durante tutto il PN.
- Le intervistate lamentano la mancanza di assistenza e informazione dopo il parto (e questo emerge anche nell'analisi dei diversi argomenti trattati nei CAN – vedi Tabella 4); da qui la necessità di rivedere e riorganizzare al meglio le informazioni sugli argomenti riguardanti le fasi e i fenomeni connessi con il parto.
- È fondamentale coinvolgere le donne ad avvalersi da subito dei consultori e/o dei PN scelti per il parto, anche durante il puerperio e anche attraverso *brochure* informative alla loro portata, non trascurando la mappa dei Consultori presenti sul territorio.
- In un momento così delicato come quello del puerperio è necessario fornire alle donne/coppie continuità assistenziale. A tal proposito 1.002 donne intervistate su 1.252 hanno affermato che qualora fosse possibile gradirebbero una visita a domicilio gratuita di un'ostetrica nelle prime settimane dopo il parto.

Sitigrafia

(ultima visita effettuata il 26 settembre 2017 ore 12:30)

- <https://it.wikipedia.org/wiki/Fenarete>
- www.treccani.it/enciclopedia/levatrice_%28Enciclopedia-Italiana%29
- www.mymovies.it/film/1953/paneamoreefantasia

Tabella 4 - Punti carenti nel Corso di Accompagnamento alla Nascita seguiti dalle 417 donne intervistate

Domande da D_01 a D_15
(erano possibili più di una risposta)

Codice	Argomento	Non trattato	
		numero	%
D_08	Contracezione da utilizzare in puerperio	198	47,5
D_11	Normative sulla tutela della maternità	195	46,8
D_10	Informazioni sulle vaccinazioni	171	41,0
D_13	Fumo in gravidanza e allattamento	149	35,7
D_14	Informazioni sul <i>baby-blues</i>	148	35,5
D_07	Informazioni sulla sessualità dopo il parto	139	33,3
D_04	Informazioni su punti nascita disponibili	138	33,1
D_12	Informazioni sull'assistenza in puerperio	108	25,9
D_06	Informazioni sulla sessualità in gravidanza	105	25,2
D_15	Partecipazione del <i>partner</i> al CAN	98	23,5
D_09	Informazioni sulle cure neonatali	92	22,1
D_01	Lavoro sul corpo	60	14,4
D_05	Informazioni sull'allattamento	19	4,6
D_02	Tecniche di rilassamento	16	3,8
D_03	Informazioni su travaglio e parto	6	1,4

Si mostrano carenti tutti gli argomenti relativi alle fasi precedenti, ma soprattutto seguenti, il momento del parto.

Bibliografia

- [1] Decreto Ministeriale del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca scientifica e tecnologica n. 270 del 22 ottobre 2004 "Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509"; pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 266 del 12 novembre 2004; entrato in vigore il 22 novembre 2004.
- [2] EPI-INFO 7 2017 versione 7.2.1.0 per Windows distribuito dal National Institutes of Health (NIH) e dai Centers for Disease Control (CDC) di Atlanta, USA.

Ringraziamenti

Gli autori del presente studio sono grati alla società Bio Oil di Omega Chefaro - A Perrigo Company che, senza comparire in prima persona durante lo svolgimento della ricerca, ha permesso lo svolgimento della stessa mediante il finanziamento delle sei giovani ostetriche neo-laureate che hanno assolto il compito della raccolta dati.

INCONTINENZA URINARIA: TRA COSTI SANITARI E PERCEZIONE DEL PROBLEMA

La percezione delle problematiche riguardanti l'incontinenza urinaria in donne in menopausa

Urinary incontinence: between economic burden and perception
Menopausal women perception of urinary incontinence dysfunctions



Autrice
Samuela Sini
Ostetrica
Libera Professionista
Casa di cura "S. Famiglia" Roma

Contatti
samuela.sini89@gmail.com

RIASSUNTO

L'incontinenza urinaria (IU) è una problematica che affligge moltissime persone, di cui la maggioranza donne, con un costo diretto sul SSN elevato. In Italia tale spesa riguarda soprattutto la fornitura di presidi assorbenti (300.000.000 €/anno), mentre sono assenti programmi per la riabilitazione del pavimento pelvico. Quest'ultima è ritenuta dalla comunità scientifica un mezzo efficace per la risoluzione/miglioramento di queste problematiche. Si è riscontrata, però, una scarsa adesione delle donne a questo tipo di terapia. Per questo, si è voluto indagare il motivo per cui le donne non si sottopongono alla riabilitazione e la loro conoscenza dell'argomento.

Pertanto, tramite somministrazione di un questionario, sono stati posti loro alcuni quesiti volti a indagare, tra le altre cose: grado di istruzione, numero dei parti, epoca di inizio dei contatti con il ginecologo e loro frequenza. Per questi parametri è stata, poi, studiata statisticamente la correlazione con la conoscenza dell'argomento. È emerso che 4 donne su 10 conoscono l'argomento e che l'unica correlazione statisticamente significativa è quella con il titolo di studio e, pertanto, totalmente indipendente dall'operato delle figure professionali del settore.

È necessario approfondire il tema con ulteriori studi, ma l'eventuale conferma di tali risultati dovrebbe indurre a una revisione della organizzazione e del *management* dei percorsi assistenziali, mirando alla gestione multidisciplinare del paziente che parta dall'informazione, passi attraverso la prevenzione e arrivi, in ultimo, alla riabilitazione.

Parole chiave

Incontinenza urinaria, costi sanitari, menopausa, riabilitazione del pavimento pelvico.

ABSTRACT

Urinary incontinence affects a considerable part of population, mostly represented by women. This dysfunction impacts heavily on the National Health Service. In Italy, most of the funds are spent for absorbent supplies (300,000,000€ per year), while effective initiatives and therapies approved by the scientific community (i.e. pelvic floor rehabilitation programs) do not exist. Even though such programs are supported and sponsored by well-known institutions, few women undergo the proper treatments for their pelvic floor dysfunctions. In order to obtain information about this unexpected behavior, the sample subjects were submitted a questionnaire about educational level, deliveries number, first contact with a gynecologist and frequency of the periodic gynecological examinations.

The questionnaires analysis outlined that 4 out of 10 women are aware of the pelvic floor rehabilitation and related topics. Most of the times, this result can be correlated to the subjects' educational level and is, therefore, independent from the efforts of the specialized personnel operating in the field.

Further research on the topic is necessary, but a confirmation of the above results should trigger a revision of specialized health care services from an organizational standpoint, which must lead the patient into a path of awareness, prevention and, at last, rehabilitation.

Keywords

Urinary incontinence, economic burden, menopause, pelvic floor rehabilitation.

Introduzione

L'incontinenza urinaria è una problematica che affligge moltissime persone, delle quali la maggioranza è rappresentata da donne. Infatti "si stima che in Europa siano 36 milioni le persone che soffrono di incontinenza; il 60% sono donne. In Italia il fenomeno riguarda 5 milioni di persone". La prevalenza dell'incontinenza urinaria, "definita" come perdita involontaria di urina che si è manifestata "sempre" o "qualche volta" o "almeno una volta" negli ultimi 12 mesi, varia tra il 5% e il 69% con la maggior parte degli studi che riferiscono una prevalenza variabile tra il 25% e il 45%. Da questi studi si evince che le donne più anziane riferiscono maggiormente una incontinenza da urgenza o di tipo misto, mentre nelle donne più giovani è più facilmente riscontrabile una incontinenza da stress. Questi dati sono riportati nel "Libro Bianco sull'incontinenza urinaria" (2012) della FINCO (Federazione Italiana Incontinenti), ma è presumibile che soffrano un *bias* rappresentato dal sommerso di informazioni di cui non siamo a conoscenza. Questo perché tutt'oggi, nonostante la presenza, sia sul territorio nazionale che internazionale, di società e associazioni scientifiche dedite a queste problematiche, soprattutto le donne parlano troppo poco di incontinenza urinaria. Questa rimane un tabù, un segreto di cui vergognarsi o semplicemente una conseguenza inevitabile del tempo da accettare senza poter fare nulla. In realtà, invece, si può fare molto sia a livello di prevenzione che di trattamento di queste problematiche, dall'educazione sanitaria per sane abitudini, al *training* dei muscoli del pavimento pelvico (PFMT) con l'ausilio di macchinari e tecniche specifiche. Nonostante la riabilitazione sia in letteratura descritta come un trattamento efficace, accreditato presso la comunità scientifica e consigliato come di "primo livello" (LG ICI 2009) per le incontinenze "non complicate" (cioè prescrivibile, da subito, in assenza di altre patologie), l'unica soluzione che sembra presentarsi a queste pazienti è l'assorbente o un dispositivo affine. Infatti il SSN mette a disposizione per le persone incontinenti i presidi assorbenti, mentre i farmaci non sono prescrivibili e non esistono programmi di assistenza a livello riabilitativo per seguire questi pazienti. Eppure l'incontinenza ha un costo elevato per lo Stato ed è previsto un aumento del numero di persone incontinenti nel futuro dovuto anche all'aumento della longevità. Sappiamo, infatti, che in Italia, tra i costi diretti derivanti dall'incontinenza urinaria, figurano 300.000.000 euro per Presidi ad assorbenza e traverse (fonte: FINCO – Federazione Italiana INCOntinenti – *Libro Bianco sull'incontinenza urinaria 2012*), e che un paziente incontinente costa al SSN circa 867 euro l'anno soltanto di pannoloni assorbenti, cioè 2,4 euro al giorno (fonte: Centro Studi SIC Sanità In Cifre). Pertanto, forse, è giunto il momento di chiedersi se gli interventi preposti a risolvere o quantomeno arginare il problema siano sufficienti e in grado di soddisfare le esigenze dei pazienti.

Razionale

Secondo dati epidemiologici, l'insorgenza dell'incontinenza urinaria ha un picco nell'età menopausale. A tal proposito, e riguardo ai disturbi associati alla menopausa, si citano le *Linee Guida Menopausa AOGOI*: "Oggi si è concordi nel ritenere che circa il 50% delle donne in menopausa lamenta dei sintomi urogenitali e che il 33% di esse soffre di una forma di incontinenza urinaria che, nella metà dei casi, è messa in relazione con la menopausa. Inoltre dati epidemiologici italiani relativi a tutta la penisola mostrano come il 35% delle donne in menopausa sono affette da disturbi di vario grado della statica pelvica che soprattutto se associata a disturbi urinari condizionano notevolmente la qualità di vita di questi soggetti". Associando questi dati ai costi derivanti dall'incontinenza urinaria (UI), alla dimostrata efficacia della riabilitazione del pavimento pelvico su questi disturbi e alla scarsa adesione delle donne a questo tipo di terapia, si è reso necessario cercare di rispondere ad alcuni quesiti: perché le donne non prendono in considerazione la terapia riabilitativa? Non ne sono al corrente? O forse qualche *gap* a livello assistenziale rende loro impossibile accedere a queste terapie? Nell'intento di rispondere a questi interrogativi, è stata svolta un'indagine tra le donne in menopausa.

Materiali e metodi

Questo lavoro di ricerca si prefiggeva due obiettivi, a ciascuno dei quali è stata dedicata una parte dello studio secondo un'impostazione specifica.

1. Valutazione della percentuale di donne in menopausa che percepiscono l'incontinenza urinaria quale problema, e non come una normale condizione legata all'età e alla storia clinica, e che sono a conoscenza degli approcci terapeutici specifici basati sugli esercizi di riabilitazione e rieducazione del pavimento pelvico. In questa prima fase è stata effettuata un'analisi di tipo descrittivo, analizzando i dati raccolti su 253 pazienti mediante un questionario appositamente ideato (poiché non esistente un questionario già validato sul tema dello studio). Il questionario è stato somministrato a tutte le donne in menopausa, che hanno aderito all'indagine, presentatesi presso il Centro Prelievi e la Piastra Centrale Ambulatori dell'Azienda Ospedaliera San Camillo – Forlanini di Roma, tra la fine di gennaio e inizio febbraio 2017. Questo ha permesso di verificare quanto sono conosciuti gli argomenti di cui sopra.
2. Analisi del gruppo positivo alla prima fase descrittiva, ovvero coloro che percepiscono l'incontinenza urinaria come un problema e sono a conoscenza dei programmi di riabilitazione del pavimento pelvico. In questo caso è stata indagata la possibile correlazione tra il loro conoscere la problematica e l'esercizio del pavimento pelvico e quattro parametri precedentemente fissati: il livello di istruzione, il numero di parti, l'epoca

d'inizio di contatti regolari con il ginecologo e la loro frequenza. In questa seconda fase è stata effettuata un'analisi statistica allo scopo di validare o meno le correlazioni sulle quali ci eravamo interrogati inizialmente.

Ciò ha permesso di capire quali siano i fattori che favoriscono la conoscenza di questi argomenti e far luce su quali siano le lacune di informazione alle quali si può ovviare con una diversa gestione del percorso assistenziale rispetto a quello attuale (ad esempio, campagne di sensibilizzazione o approcci specifici durante i colloqui con le pazienti). Al fine di avere un campione statisticamente valido, in fase preliminare, è stata calcolata la sua numerosità (*Sample Size* con un intervallo di confidenza del 90%).

Risultati e discussione

Dei 253 questionari raccolti, ne sono risultati idonei 234, che costituiscono il campione del presente studio. Di seguito i principali risultati.

Range di età

Il range di età della popolazione intervistata è tra i 45 e i 90 anni, così l'età è media di 64,2 anni.

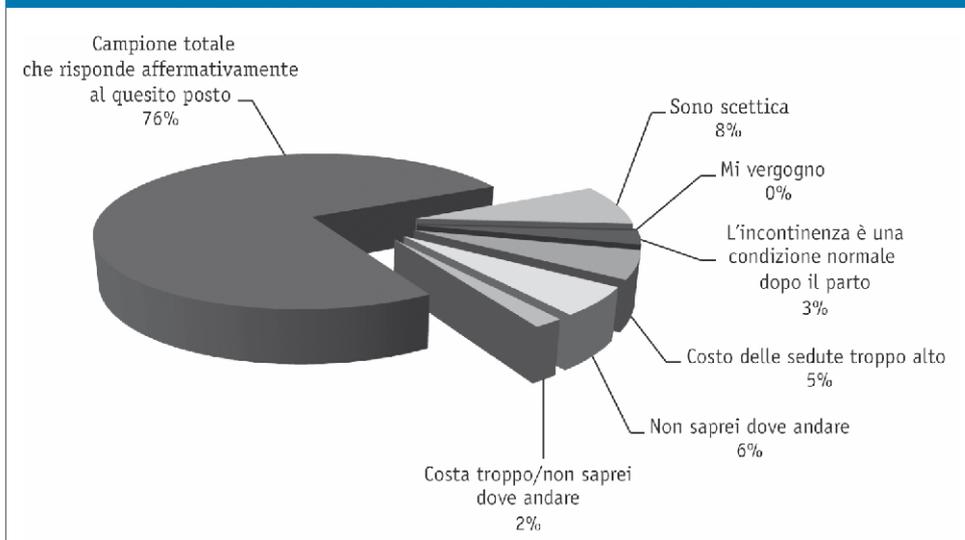
Conoscenza dell'argomento

Le donne informate sull'argomento sono il 42,7% (100) e tra loro l'82% ha dichiarato di avere un alto grado di istruzione (liceo/laurea).

Grafico 1. Popolazione incontinente: motivazioni che spingono le donne a non fare riabilitazione



Grafico 2. Popolazione non incontinente: motivi per cui le donne non farebbero riabilitazione se fossero incontinenti



Popolazione incontinente

La percentuale di donne incontinenti rispetto al campione totale è del 53%, in cui possiamo distinguere un 66,1% con IUS, un 25,8% UI ed un 8,9% con un'incontinenza mista. Sempre all'interno di questa popolazione vediamo che il 55,6% non ha consultato un sanitario o non ha intenzione di farlo (in questo caso la motivazione è che l'incontinenza urinaria è vista come una normale conseguenza dell'età), mentre nel 69% dei casi vengono indossati assorbenti o presidi simili. Sulla riabilitazione questa parte del campione si è così espressa: il 41,1% non si sottoporrebbe alla riabilitazione del pavimento pelvico, sapendo che questo trattamento può guarire o migliorare i disturbi dell'incontinenza urinaria. Le motivazioni scelte (Grafico 1) sono: l'8% è scettico, il 5% si vergogna del problema, un altro 5% pensa che l'incontinenza sia una condizione normale dopo il parto, un altro 8% non lo farebbe per il costo elevato delle sedute (circa 50 euro all'ora, la maggior parte dell'attività si svolge in LP); ancora un 5%



dichiara che non saprebbe dove andare. C'è anche una parte dello stesso campione che ha risposto scegliendo più motivazioni: la vergogna e l'alto costo (1%), la vergogna, l'alto costo e il non sapere dove andare (1%), il pensiero che l'incontinenza sia una condizione normale dopo il parto e l'alto costo (1%) e, infine, l'alto costo e il non sapere dove andare (3%).

Popolazione non incontinente

All'interno del campione esaminato 110 donne hanno dichiarato di non avere sintomi di incontinenza (47%). Anche a queste è stato chiesto, in forma ipotetica, se utilizzerebbero assorbenti, consulterebbero un sanitario e farebbero riabilitazione se fossero incontinenti. Le risposte sono state: l'89% utilizzerebbe degli assorbenti, ma solo il 13,6% consulterebbe un sanitario, mentre il 24,5% non farebbe nemmeno riabilitazione. Le cause di quest'ultima scelta sono: l'essere scettica nell'8% dei

casi, pensare che l'incontinenza sia una condizione normale dopo il parto nel 3% dei casi, il costo elevato delle sedute nel 5%, il non sapere dove andare per il 6% e, infine, l'insieme dei costi e del non sapere dove recarsi per un 2%.

Correlazione tra parametri

Si è voluto indagare se la conoscenza della problematica fosse più o meno dipendente da 4 parametri e, se sì, da quali di questi. Queste 4 variabili sono state concepite come dicotomiche per semplificare l'interpretazione dei dati raccolti con i questionari. I dati sono stati estrapolati utilizzando il programma STATA® (*Data Analysis and Statistical Software*) mediante una regressione lineare che ha analizzato in prima istanza la correlazione per ogni variabile e la conoscenza e in seconda battuta la correlazione tra le variabili esaminate come vediamo in Tabella 1.

Tabella 1 - Correlazione tra conoscenza e singole variabili e correlazione tra coppie di variabili

	Conoscenza	Numero di parti	Titolo di studio	Età prima visita	Frequenza visita
Conoscenza	1				
Numero di parti	0,0197	1			
Titolo di studio	0,2509	-0,3062	1		
Età prima visita	0,0739	-0,0317	0,043	1	
Frequenza visita	0,0637	-0,1876	0,1114	0,0089	1

Da questa, per il suo valore superiore al 0,20, risulta essere significativa e quindi correlare in senso positivo, solo la variabile "Titolo di studio" che pertanto è un fattore fortemente influenzante la conoscenza del problema.

Gli item 3, 14 e 15 del questionario miravano a indagare l'eventuale ruolo svolto dal ginecologo sulla consapevolezza da parte delle donne. L'analisi statistica non ha rilevato correlazioni significative.

Sempre mediante una regressione lineare è stata studiata la correlazione con altri parametri che sono stati indagati dal questionario predisposto. Questa seconda Tabella, conferma la forte correlazione con il titolo di studio (con valore di $p\text{-value} < 0.01$) e mostra una debole correlazione con il numero di parti e l'attività fisica con valori di $p\text{-value} > 0.1$.



Tabella 2 - Correlazione tra conoscenza e altri parametri indagati

Variables	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza	Conoscenza
Titolo di studio		1.125*** (0.306)			1.303*** (0.338)	1.136*** (0.368)	1.119*** (0.385)	1.104*** (0.396)	1.111*** (0.400)
Numero parti	-0.016 (0.131)				0.197 (0.147)	0.296* (0.161)	0.308* (0.164)	0.313* (0.167)	0.312* (0.167)
Età prima visita			0.351 (0.320)		0.407 (0.351)	0.560 (0.367)	0.503 (0.371)	0.534 (0.366)	0.529 (0.368)
Frequenza controlli				0.344 (0.265)	0.282 (0.285)	0.399 (0.315)	0.353 (0.318)	0.346 (0.321)	0.335 (0.322)
Età						-0.022 (0.018)	-0.028 (0.018)	0.004 (0.040)	0.004 (0.040)
Casalinga						0.217 (1.302)	0.425 (1.449)	0.416 (1.552)	0.397 (1.544)
Occupato medico						1.750 (1.368)	1.886 (1.497)	1.814 (1.593)	1.795 (1.582)
Occupato						0.112 (1.272)	0.229 (1.416)	0.212 (1.517)	0.195 (1.509)
Pensionato						0.938 (1.333)	1.096 (1.480)	1.161 (1.577)	1.125 (1.570)
BMI							0.022 (0.033)	0.024 (0.034)	0.023 (0.034)
Anni di fumo							-0.000 (0.011)	0.001 (0.011)	0.001 (0.011)
Attività fisica							0.170* (0.093)	0.167* (0.094)	0.165* (0.094)
Numero patologie								0.103 (0.173)	0.102 (0.172)
Anni di menopausa								-0.037 (0.034)	-0.036 (0.034)
Perdita urina									0.061 (0.212)
Osservazioni	226	225	225	223	222	213	213	213	213
ll	-156.1	-148.1	-154.7	-153.2	-143.3	-132.4	-130.7	-129.6	-129.6

Robust standard errors in parentheses

*** $p < 0.01$

** $p < 0.05$

* $p < 0.1$

Per quanto riguarda i rapporti con il ginecologo, la scelta di indagare su questo punto deriva dalla relativa facilità con cui le donne si sottopongono a controlli ginecologici nel corso della vita. In effetti molte donne hanno risposto di aver consultato per questo problema il ginecologo, e/o di essere state informate dallo stesso. L'analisi, però, non ha individuato correlazioni significative specifiche.

La non significatività di questa correlazione pone il problema di quale debba essere l'approccio "istituzionale" corretto alla salute della donna in età menopausale. In particolare se si debba preferire il rapporto con un unico professionista, sia esso il MMG, l'ostetrica, il ginecologo etc., ovvero se non sia più utile un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Perché gli interventi sanitari in questo senso siano efficaci bisognerebbe prevedere una valida rete informativa di supporto che metta queste figure in comunicazione tra loro, ma soprattutto con le pazienti, e dei programmi assistenziali ai quali fare riferimento.

Nell'epoca corrente, inoltre, non è da sottovalutare che molte donne si informino su internet, rischiando di acquisire nozioni non del tutto corrette. Anche questo canale andrebbe sfruttato per i suoi vantaggi quali massima diffusione e visibilità delle informazioni.

Conclusioni

È emerso che l'unica correlazione tra la conoscenza di questi disturbi e delle loro terapie si ha con il grado di istruzione delle donne e quindi totalmente indipendente dall'operato dei professionisti del campo medico. Inoltre si è visto che soprattutto le donne incontinenti, scelgono di indossare assorbenti, ma per la maggior parte di non consultare un sanitario e per la metà circa di non sottoporsi a un ciclo di riabilitazione. Su questo si fondano altri punti deboli della gestione assistenziale per questi soggetti. Infatti, tra le prime cause che allontanano le donne dalla riabilitazione c'è lo scetticismo e la vergogna a parlare di questi problemi, il che rientra nei tabù da debellare. Subito dopo il costo delle sedute giudicato troppo alto (la maggior parte dell'attività è svolta da liberi professionisti) e il non sapere a chi rivolgersi: entrambe le motivazioni identificano una scarsa presenza di centri dedicati alle terapie del caso e alla mancanza di piani assistenziali definiti.

Per avere un piano efficace di assistenza per queste pazienti sarebbe ideale partire da programmi di informazione e prevenzione già dall'adolescenza, seguendo nei periodi di gravidanza e *post-partum* e riabilitandole, qualora, in menopausa (momento di massima criticità) o prima se comparissero effettivamente i disturbi. In questo modo non solo avremmo meno persone incontinenti, ma anche meno costi dovuti alla gestione dell'incontinenza stessa, da poter invece indirizzare a favore, appunto, di questi programmi di assistenza.



C'è bisogno di altri studi per verificare quanto emerso dalla ricerca, poiché al di là della patologia e della fisiologia c'è un problema di consapevolezza delle donne che non può essere responsabilità unicamente del ginecologo o di una singola figura sanitaria, ma di un'équipe multidisciplinare coesa, inserita all'interno di piani assistenziali organizzati.

Bibliografia

- [1] Functional anatomy of pelvic floor and lower urinary tract" – D. Perucchini, J.O. DeLancey; Pelvic floor re-education, pp. 3 – 21; Ed. Springer 2008.
- [2] "Pressione intraddominale, postura e pavimento pelvico" – D. Giraud, G. Lamberti, *pelvipervineology*2012
- [3] *Eur Urol.* 2006 Nov;50(5):1050-7. Epub 2006 May. The current and future burden and cost of overactive bladder in five European countries. Reeves P1, Irwin D, Kelleher C, Milsom I, Kopp Z, Calvert N, Lloyd A
- [4] Urinary incontinence in the community – Analysis of a MORI poll; JC Brocklehurst, British Association for Continence Care. *BMJ* 1993;306:832 – 4
- [5] *J Womens Health (Larchmt).* 2007 Apr;16(3):415-22. The prevalence, burden, and treatment of urinary incontinence among women in a managed care plan. Kinchen KS1, Lee J, Fireman B, Hunkeler E, Nehemiah JL, Curtice TG
- [6] The demographics of pelvic floor disorders: current observations and future projections. Luber KM. Boero S, Choe JY. *Am J Obstet Gynecol.* 2001 Jun;184(7):1496-501; discussion 1501-3
- [7] Commissione tecnica Nazionale – Dipartimento incontinenza. Federanziani; Corte di giustizia popolare per il diritto alla salute, II Congresso Nazionale
- [8] Commissione tecnica Nazionale – Dipartimento incontinenza. Federanziani; Corte di giustizia popolare per il diritto alla salute, IV Congresso Nazionale. (2015)

- [9] Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013
- [11] Libro bianco sull'incontinenza urinaria. FINCOPP 2012
- [12] LG menopausa AOGOI
- [13] Riabilitazione uro-ginecologica – P. Di Benedetto, pp. 43; Ed. Minerva Medica 2004
- [14] *Fondamenti di anatomia e fisiologia umana*. S. Fiocca, F. H. Netter; ed. Sorbona Milano (1990)
- [15] *Fondamenti di anatomia e fisiologia*. F. H. Martini; ed. Edises, seconda edizione (2006)
- [16] *Ginecologia e ostetricia*. Vol 1 Ginecologia. G. Pescetto, L. De Cecco, D. Pecorari, N. Ragni; ed. Società Editrice Universo (2001)

Emorragia post partum: l'acido tranexamico è efficace

La Linea Guida SNLG ISS/2016 **“Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla”**, alla cui stesura ha collaborato la FNOPO, ne fornisce una classificazione sulla stima della perdita ematica rilevata secondo metodologie consolidate e condivise dagli operatori (www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/linee%20guida1.pdf).

L'emorragia post partum **primaria** è caratterizzata dalla perdita di 500 ml o più di sangue, 24 ore dopo il parto naturale, o di 1000 ml dopo il cesareo.

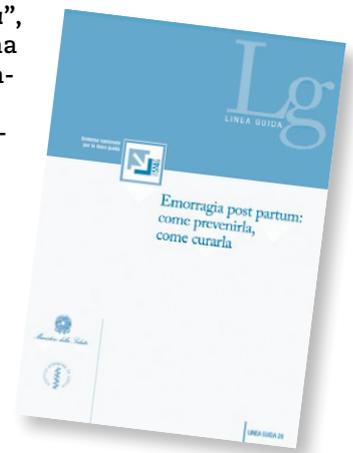
L'emorragia post partum **secondaria** si riferisce ai casi di emorragia insorti tra le 24 ore e le 12 settimane dopo il parto (Mousa 2014, Arulkumaran 2019, ACOG 2006, WHO 2009).

La Linea Guida al Quesito 7.1 **“Quali emocomponenti/ emoderivati/ agenti emostatici sono efficaci nel trattamento della EPP?”** cita tra gli **“agenti emostatici”** l'acido tranexamico (AT), un agente antifibrinolitico che si è mostrato in grado di ridurre l'emorragia e il bisogno di trasfusioni in vari contesti di chirurgia elettiva e che, somministrato entro otto ore da un trauma alla dose di carico di 1 g in 10 minuti, seguita da infusione di 1 g in otto ore, è risultato associato a una riduzione della mortalità intraospedaliera per tutte le cause e per emorragia (Henry 2011, Crash-2 2010 e 2011).

La LG **“Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla”** raccomanda quanto di seguito riportato: **“In presenza di EPP non responsiva ai trattamenti farmacologici di prima e seconda linea valutare il ricorso a opzioni terapeutiche adiuvanti tra cui la somministrazione di acido tranexamico (raccomandazione debole, prove di qualità bassa).**

Una review pubblicata di recente da Cochrane Database of Systematic Reviews sottolinea che l'acido tranexamico (Txa) è efficace contro le emorragie post partum, ma solo se somministrato entro tre ore dal parto. La review di studi disponibili sul database della Cochrane Library è stata coordinata da Haleema Shakur-Still della Clinical Trials Unit della London School of Hygiene & Tropical Medicine.

I ricercatori hanno selezionato due studi in letteratura che hanno preso in considerazione, complessivamente, più di 20 mila donne provenienti da Paesi a basso, medio e alto reddito, alle quali era stata diagnosticata una emorragia post partum. Uno dei due studi, il **Woman Trial 2017**, comprende 20.060 donne di tutto il mondo, mentre l'altro ha osservato 152 donne provenienti da otto diversi centri francesi. Dai risultati è emerso che la terapia con Txa, insieme al trattamento standard, ha ridotto il numero di decessi per emorragia post partum di quattro ogni mille eventi, con una differenza di rischio relativo del 19% tra il gruppo trattato e quello non trattato. Inoltre, le donne trattate con Txa sono risultate anche a minor rischio di mortalità per qualsiasi causa, sebbene la differenza non fosse significativa. Infine, le pazienti trattate con l'acido tranexamico non hanno mostrato una maggiore probabilità di andare incontro a problemi di occlusione vascolare.



ACIDO TRANEXAMICO



“Le donne muoiono presto di emorragia post partum, entro nelle 2-3 ore successive al parto; per questo il trattamento con il farmaco deve essere eseguito il più rapidamente possibile”, spiega Haleema Shakur-Still. **“Molti medici in tutto il mondo sanno che il Txa è nelle linee guida di trattamento dell’Oms. Alcuni Paesi si sono allineati, ma dobbiamo continuare il lavoro e assicurarci che tutti i medici, specialmente nelle aree in cui le donne sono ad alto rischio, siano a conoscenza delle raccomandazioni. Perché il farmaco, raccomandato dall’Oms, non è disponibile in molti Paesi, nonostante sia un prodotto generico e a basso costo”.**



LVCINA

LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

LUCINA - LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O

Organo di informazione della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica, inviato per posta a tutte le ostetriche italiane iscritte all'Albo professionale e a tutti i rappresentanti delle istituzioni di interesse per la professione.

È consultabile on-line sul sito web www.fnopo.it

Periodicità: trimestrale

La rivista si propone di diffondere tra le ostetriche maggiori informazioni relative all'attività della FNOPO, temi di attualità professionale, di politica sanitaria, attinenti alla gestione della sanità pubblica e la tutela della salute, in particolare di genere e in ambito riproduttivo, sia in ambito nazionale che internazionale, attraverso la realizzazione di articoli, report e interviste.

Sono trattate anche problematiche legali di interesse professionale.

Sono inoltre pubblicati studi prevalentemente in ambito organizzativo (management e formazione, storia) a firma delle ostetriche, contributi riguardanti esperienze professionali e di vita associativa.

Gli articoli firmati impegnano soltanto i loro Autori e non riflettono necessariamente gli orientamenti della rivista.

Sono inoltre dedicati spazi inerenti alla vita degli Ordini e delle associazioni di settore (iniziative di tipo politico, sociale, scientifico, formativo, etc.) La rivista promuove l'aggiornamento dei più importanti eventi formativi che si svolgono in tutta Italia e all'estero.

COME RICEVERE LA RIVISTA

La rivista viene inviata in omaggio a tutte le ostetriche iscritte all'Albo professionale, pertanto coloro che non la ricevono sono pregati di segnalarlo all'Ordine di appartenenza. Per quanto di competenza, l'Ordine provvederà a effettuare una verifica dell'esattezza dell'indirizzo contenuto nel database dell'Ente e/o apportarvi l'eventuale correttivo indicato dall'interessato.

Si rammenta che gli Ordini sono tenuti ad aggiornare costantemente i dati relativi ai propri iscritti nel sistema di gestione centralizzata dell'Albo da cui la FNOPO attinge gli indirizzi per la spedizione di *Lucina*. Pertanto, onde evitare disguidi, le ostetriche che cambiano domicilio sono pregate di informare tempestivamente l'Ordine di appartenenza attraverso le modalità tradizionali o registrandosi all'accesso intranet riservato agli iscritti all'Albo visibile come banner sulla homepage del portale FNOPO.

Informiamo che secondo quanto disposto dall'art. 13, comma 1, della Legge 675/96 sulla "Tutela dei dati personali", ciascun iscritto agli Ordini ha il diritto, in qualsiasi momento e del tutto gratuitamente, di consultare, far modificare o cancellare i suoi dati o semplicemente opporsi al loro trattamento per l'invio della presente rivista. Tale diritto potrà essere esercitato semplicemente scrivendo una mail all'Ordine di appartenenza e per conoscenza alla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica.

NORME EDITORIALI

Lucina - La rivista dell'ostetrica/o accoglie volentieri contributi, studi e ricerche sulle materie inerenti alla professione ostetrica. Per poterle pubblicare è però necessario rispettare alcune regole comuni che riassumiamo di seguito.

Il testo degli articoli deve essere compreso tra le 5mila e le 15mila battute (spazi inclusi), corredato da un massimo di 4 figure e/o grafici. Ogni articolo deve avere il **titolo tradotto anche in inglese**, un **riassunto in italiano e in inglese (abstract)** di circa mille battute e, se necessario, una sintetica **bibliografia** di riferimento.

Ogni articolo è sotto la responsabilità diretta dell'Autore/degli Autori.

Gli autori dovranno firmare l'articolo e fornire:

- **nome e cognome;**
- **funzione professionale;**
- **sede lavorativa;**
- **indirizzo completo;**
- **recapito telefonico;**
- **un indirizzo di posta elettronica** da pubblicare in calce all'articolo e/o un indirizzo di posta elettronica dove poter essere contattati;
- **una foto dell'autore** con l'esplicito consenso all'utilizzo per la pubblicazione a corredo dell'articolo.

Gli articoli dovranno essere inviati alla redazione in formato elettronico e nella forma più semplice possibile, evitando l'uso di soluzioni grafiche complesse che saranno poi realizzate in fase di impaginazione. Per l'invio utilizzare esclusivamente il seguente indirizzo di posta elettronica dedicato: presidenza@fnopo.it



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica

LUCINA
La rivista dell'ostetrica/o
ORGANO UFFICIALE
DELLA FNOPO

FNOPO
Federazione
Nazionale
degli Ordini
della Professione
di Ostetrica

WWW.FNOPO.IT