

ORGANO UFFICIALE DELLA



Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica



# LVCINA

LA RIVISTA  
DELL'OSTETRICA/O

ANNO VIII  
2/2018

Anno VIII numero 2 - Trimestra - Poste Italiane SpA - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% Aut. ATSU/CZ/212/2015



**FNOPO**  
Necessità di fare rete  
per creare lavoro

# SOMMARIO

## EDITORIALE

- 1 FNOPO  
Necessità di fare rete per creare lavoro  
di **Maria Vicario**

## FNOPO

- 2 Regime forfettario 2018,  
il nuovo regime dei minimi.  
Regole di fatturazione per Partite IVA  
in regime semplificato  
e ritenuta d'acconto non applicabile  
di **Vittorio Caliendo**

- 3 Libera professione e GDPR 679-2016

## FORMAZIONE

- 4 Progetto "Prima le mamme  
e i bambini" rivolto agli studenti  
dei corsi di Laurea in Ostetricia  
del 3° anno degli Atenei italiani  
di **Silvia Vaccari**

- 4 Il nuovo bando della Fondazione  
GIMBE per 30 borse di studio

- 5 TSRM PSTRP. Al via l'obbligo  
di iscrizione agli Albi  
per oltre 200mila professionisti

- 7 Quali e quante ostetriche  
hanno conseguito il titolo  
di Dottore di Ricerca

## PROFESSIONE

- 8 Progetto "Ostetrica di famiglia  
e di comunità". A che punto siamo?

- 8 Chimici e Fisici professioni sanitarie  
uniti in un unico Albo

- 10 Linee di indirizzo per la definizione  
e l'organizzazione dell'assistenza  
in autonomia da parte delle ostetriche  
alle gravidanze a basso rischio  
ostetrico (BRO). Attività FNOPO

- 11 Convegno FNOPO - CRARL  
sulla sindrome feto-alcolica

- 12 Mutilazioni genitali femminili  
e parto.  
Indagine sulle competenze  
delle ostetriche  
di **Maria Rosaria Mascolo**  
**Martina Sessarego**  
**Valentina Bronzo**

- 17 Le ostetriche italiane  
che migrano all'estero

- 18 Pitfalls in cardiocografia  
di **Giulia Sabbatini**

- 19 Ricorso Straordinario  
al Capo dello Stato FNCO  
C/ D.C.P.M. 12.01.2017 -  
Nuovi LEA

- 23 Consiglio regionale: in Puglia  
vaccini obbligatori per i sanitari

## STUDI

- 24 Comparazione tra alimentazione  
precoce e tardiva  
nelle puerpere da taglio cesareo.  
Una revisione narrativa  
di **Anna Maria Gagliardi**  
**Francesco Gravante**  
**Andrea Lombardi**

- 30 Allattamento e adozione.  
Una revisione della letteratura  
di **Caterina Bazzi**  
**Silvia Morassut**

- 36 Aspetti emotivi e psicologici  
delle pazienti  
lungodegenti ostetriche  
di **Michela Costa**  
**Irene Melis**  
**Mirian Agus**  
**Stefano Angioni**



**LUCINA**  
**LA RIVISTA DELL'OSTETRICA/O**

Organo ufficiale della



Anno VIII numero 2  
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 luglio 2018

# *FNOPO*

## *Necessità di fare rete per creare lavoro*

**di Maria Vicario**

La capacità di fare rete è diventata indispensabile per costruire progetti ma soprattutto per condividere obiettivi comuni, concertare le azioni da svolgere, coinvolgere tutti i partner nella realizzazione di un progetto comune. L'esigenza di fare rete riguarda tutti i soggetti che istituzionalmente svolgono un ruolo politico come la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) al pari di tutte le Federazioni delle professioni sanitarie, oggi "ordinate" ai sensi della Legge 3/2018 ([www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/writable/L.11%20gennaio%202018%20n.3\(1\).pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/writable/L.11%20gennaio%202018%20n.3(1).pdf)).

Nel primo semestre 2018 il Comitato Centrale della Federazione, ormai al suo secondo mandato, ha intensificato i suoi rapporti con soggetti simili e/o di varia natura al fine di unire risorse, persone e conoscenze anche oltre il confine italiano. Può sembrare facile fare rete, ma nella pratica non lo è in quanto risulta funzionale solo la rete che produce rapporti continuativi e attività prolungate per il raggiungimento di obiettivi prefissati. Obiettivi che possono essere anche trasversalmente coincidenti e che di fatto si sono poi diversificati a seconda dei soggetti con cui la FNOPO ha fatto rete.

La FNCO componente del Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) ha contribuito alla predisposizione e alla approvazione del 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)" ([www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/writable/Nota%20prot%20%2034949\\_%20BRO.pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/writable/Nota%20prot%20%2034949_%20BRO.pdf)). Per promuovere l'omogeneizzazione dei percorsi e l'implementazione dei Centri Nascita (CN) intraospedalieri (*alongside*) la FNOPO nel 2018 ha integrato, anche con ostetriche che operano nel Regno Unito, il GdL costituito da componenti il CC, dai referenti tre Centri Nascita italiani (Torino, Genova e Firenze) e ha aderito al *Midwifery Unit Network (MUNet)* (<http://fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-INTESA-FNOPO-MUNET1.pdf>). Al fine di proseguire e intensificare i rapporti con l'Associazione Italiana Urologia Ginecologica e del pavimento pelvico (AIUG) che nel 2017 ha portato alla nascita del TOPP, la FNOPO, ha allargato la rete multidisciplinare interprofessionale alle Società Scientifiche di settore (Syrio/Sirong/AIO), alla Società italiana unitaria colon proctologia (SIUCP) Società italiana chirurgia colon rettale (SICCR) per individuare strategie migliorative per donne e ostetriche per quanto previsto dall'ASR 24 gennaio 2018 "Documento tecnico di indirizzo sui problemi legati all'incontinenza urinaria e fecale" ([www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Accordo%20Stato%20Regioni%20Documento%20tecnico%20di%20indirizzo%20sui%20problemi%20legati%20all'incontinenza%20urinarie%20e%20fecale\\_24.01.181.pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Accordo%20Stato%20Regioni%20Documento%20tecnico%20di%20indirizzo%20sui%20problemi%20legati%20all'incontinenza%20urinarie%20e%20fecale_24.01.181.pdf), <http://fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Comunicato%20Stampa1.pdf>, [www.fnopo.it/news/comunicazione-conferenza-stato-regioni-sul-documento-technic.htm](http://www.fnopo.it/news/comunicazione-conferenza-stato-regioni-sul-documento-technic.htm)). Con Senior Italia FederAnziani la FNOPO ha sottoscritto di recente un protocollo d'intesa nel quale le parti si impegnano a individuare forme condivise volte al miglioramento della qualità della vita della popolazione anziana. Con la finalità di analizzare, con modalità multidisciplinare e interprofessionale, i decreti attuativi della Legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" ([www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/DDL-Gelli-convertito-in-legge-28-febbraio1.pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/DDL-Gelli-convertito-in-legge-28-febbraio1.pdf)) di forte impatto su tutte le professioni sanitarie, la FNOPO ha istituito un GdL coinvolgendo, oltre alle SS di settore, anche APSILEF e FTRM per la predisposizione di un Protocollo d'intesa da sottoporre al Consiglio Superiore della Magistratura (CSM). Per creare, poi, sinergie e alleanze in materia di nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria (ex art. 15 della Legge n. 24 dell'8 marzo 2017) il GdL è stato integrato con i rappresentanti dei medici di Medicina Legale nelle loro diverse rappresentanze (SIMLA, SISMLA e FAMLI). La FNOPO ha incontrato, di recente, il dottor Filippo Anelli, Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOCeO), per accendere i riflettori su una serie di attività di interesse trasversali ([www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=61254](http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=61254), <http://fnopo.it/news/lucina-1-2018.htm>).

La collaborazione tra l'ostetrica e il Medico di Medicina Generale occupa un posto di primo piano nell'agenda dei lavori FNOPO che a luglio 2018 ha incontrato il Segretario Generale della FMMG dottor S. Scotti e il Presidente FNOMCeO per rappresentare proposte oggetto di possibile collaborazione tra FNOPO, FNOMCeO e FIMMG ([www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-INCONTRO-FNOPO-FNOMCEO-FIMMG1.pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/CS-INCONTRO-FNOPO-FNOMCEO-FIMMG1.pdf)).

Punto nodale dell'incontro è stato attenzionare 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](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/ACN_8_luglio_20101.pdf)).

Per tutto quanto sinteticamente rappresentato appare evidente la propensione della FNOPO a fare rete per creare alleanze dentro e fuori la Professione, ma soprattutto a fare rete per creare lavoro.

# REGIME FORFETTARIO 2018, IL NUOVO REGIME DEI MINIMI

## Regole di fatturazione per Partite IVA in regime semplificato e ritenuta d'acconto non applicabile

**Autore**

**Vittorio Caliendo**

*Commercialista e Revisore dei Conti*

### Nuovo regime forfettario 2018

Per effetto di quanto stabilito dalla Manovra 2016, il regime ha cambiato forma ed è diventato regime agevolato autonomo, il cosiddetto regime forfettario.

I cambiamenti sono stati tanti a partire da:

- i requisiti regime forfettario;
- le soglie dei compensi e ricavi;
- del calcolo della base imponibile sulla base dei coefficienti di redditività distinti in base all'attività esercitata, sulla quale verrà calcolata l'aliquota sostitutiva del 15% o del 5% per le *start up*.

Innanzitutto iniziamo col dire che chi nel 2018 possiede ancora i requisiti del regime dei minimi, quindi chi non ha ancora terminato i 5 anni di applicazione o non ha raggiunto i 35 anni di età, può continuare ad applicare l'imposta sostitutiva al 5% sempre nel rispetto del limite dei ricavi e delle condizioni.

Per chi apre una nuova *start up* nel 2018, è prevista invece una riduzione di aliquota al 5% per 5 anni.

Per chi applica il regime forfettario 2018 sono previsti i seguenti vantaggi fiscali:

1. esclusione da IVA, IRAP, studi di settore e parametri;
2. reddito assoggettato a imposta sostitutiva IRPEF e IRAP pari al 5%;
3. calcolo del reddito imponibile forfettario che si effettua applicando sul totale dei ricavi/compensi i coefficienti di redditività diversi a seconda del codice ATECO, che di fatto riducono la misura della base imponibile sulla quale calcolare il 5%, se *start up* o nei primi 5 anni di attività;
4. esonero dalla ritenuta d'acconto su ricavi o compensi corrisposti dal sostituto d'imposta;
5. permanenza nel regime fin tanto che sussistono i requisiti, per cui la durata del regime è senza limiti di tempo.

### REGIME FORFETTARIO: CALCOLO IMPOSTE E CONTRIBUTI 2018



### Nuovi coefficienti di redditività del regime forfettario 2018

Per effetto della nuova Legge di Stabilità, sono cambiate per il nuovo regime dei minimi 2018 le soglie di ricavi e compensi. Tali soglie sono:

- Alimentari, bevande:  
dai 35.000 ai 45.000, redditività 40%;
- Commercio (ingrosso e dettaglio):  
dai 40 mila a 50 mila, redditività 40%;
- Commercio ambulante (alimenti e bevande):  
dai 30 mila attuali a 40 mila, redditività 40%;
- Commercio ambulante altri prodotti:  
dai 20 mila di oggi a 30 mila, redditività 54%;
- Costruzioni, immobiliari:  
dai 15.000 di oggi a 25.000, redditività 86%;
- Commercio (intermediari):  
dai 15 mila di oggi a 25 mila, redditività 62%;
- Servizi alloggio e ristorazione:  
dai 40 mila a 50 mila, redditività 40%;

## Libera professione e GDPR 679-2016

Il recente Regolamento (UE) 2016/679 – *General Data Protection Regulation* (GDPR) ha apportato importanti novità alla disciplina della protezione dei dati personali imponendo un diverso modo per affrontare la *privacy* nelle organizzazioni che trattano dati sanitari non solo nelle aziende sanitarie – pubbliche e private – ma anche negli studi sanitari professionali e quindi anche in un'ambulatorio gestito da ostetriche. In ragione della loro natura, i dati sanitari sono qualificati dal *General Data Protection Regulation* come dati sensibili e, quindi, come meritevoli di una specifica protezione sotto il profilo dei diritti e delle libertà fondamentali. In generale i principi a cui deve ispirarsi ogni operazione di trattamento di dati personali effettuata da titolari del trattamento che sono chiamati a rispondere della loro eventuale violazione sono la liceità, la correttezza e la trasparenza.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), al fine di fornire puntuali informazioni alle ostetriche che esercitano la libera professione, ha chiesto un parere sul nuovo Regolamento (UE) 2016/679 al consulente legale dell'Anticorruzione e Trasparenza, avvocato Cosimo Maggiore, che ha precisato che i principali adempimenti cui sono tenuti i professionisti sanitari che esercitano in regime di libera professione sono, in linea di massima, i seguenti:

1. Predisposizione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e raccolta del consenso della paziente;
2. Nomina del *Data Protection Officer* (DPO);
3. Tenuta del Registro dei trattamenti;
4. Conservazione dei dati;
5. Predisposizione di procedure di *data breach* o segnalazione di trattamento non conforme.

L'avvocato Maggiore ha analizzato i principali aspetti del Regolamento (UE) 2016/679 con particolare riferimento agli adempimenti e alle misure che gli studi sanitari professionali sono tenuti ad adottare per proteggere i dati personali delle pazienti e di tutti i soggetti che con questi interagiscono.

La Federazione nelle forme di rito sta predisponendo, per quanto di sua competenza, l'acquisizione di un servizio GDPR centralizzato da portare, poi, a supporto anche degli Ordini provinciali e interprovinciali che hanno ricevuto opportune informazione con Circolare n. 22/2018 (<http://fnopo.it/news/circolare-n-22-2018-informativa-relativa-al-regolamento-ue.htm>) e Circolare n. 23/2018 (<http://fnopo.it/news/circolare-n-23-2018-aggiornamento-su-adempimenti-degli-ordi.htm>).



- **Attività dei professionisti:**  
dai 15 mila di oggi a 30 mila, redditività 78%;
- **Altre attività:**  
dai 20 mila di oggi a 30 mila, redditività 67%.

Nel nuovo regime dei minimi cosiddetto forfettario, infatti, il reddito viene quindi calcolato non sulla differenza tra ricavi e costi, come avviene adesso per i minimi, ma forfettariamente, ossia, applicando un coefficiente di redditività sul reddito complessivo dato dalla somma di ricavi/compensi + uscite con la sola possibilità di deduzione dei contributi previdenziali versati nell'anno di imposta. Sul reddito così calcolato si applica poi l'aliquota del 15% per IRPEF e addizionali regionali e comunali e IRAP.

Se poi i ricavi e i compensi superano le soglie sopra elencate, il contribuente fuoriesce dal regime agevolato. Quindi, la sostanziale differenza rispetto a prima è che fino al 2015 chi poteva entrare nel regime dei minimi dai requisiti molto rigidi in merito a limite di età e ricavi a 30 mila euro, nel 2018 invece tutti possono entrare nel regime agevolato autonomi a patto che non vengano superati i limiti dei ricavi, che a seconda dell'attività svolta variano dai 30 mila euro ai 50 mila euro.

Se si tratta di una *start up* regime forfettario, per effetto della nuova Legge di Stabilità, per i primi 5 anni il reddi-

to imponibile viene ridotto di 1/3 in presenza di queste 3 condizioni:

1. di non aver svolto nei 3 anni precedenti attività artistica, professionale o d'impresa;
2. che l'attività esercitata non sia la mera prosecuzione di altre attività svolte in passato anche sotto forma di dipendente o autonomo, fatta eccezione dei periodi di pratica obbligatori per esercitare arti o professioni;
3. che in caso di prosecuzione di un'attività svolta in precedenza da un altro soggetto, l'ammontare dei ricavi/compensi realizzati nell'anno di imposta precedente non sia superiore alla soglia indicata nella tabella coefficienti regime forfettario per quell'attività.

## Fattura forfettario 2018

La fattura deve contenere tutti i dati indicati all'art. 21 del D.P.R. 633/1972. Innanzitutto non va esposta l'IVA, in quanto operazione non soggetta a IVA; inoltre nella fattura del contribuente forfettario va riportata la seguente dicitura, che serve a indicare che chi ha emesso o ricevuto la fattura, cedente o prestatore, rientra nel regime forfettario: "Operazione effettuata ai sensi dell'art. 1, commi da 54 a 89 della Legge n. 190/2014 – Regime forfettario".

# PROGETTO “PRIMA LE MAMME E I BAMBINI”

## Rivolto agli studenti dei corsi di Laurea in Ostetricia del 3° anno degli Atenei italiani



*Autrice*

**Silvia Vaccari**  
Vicepresidente FNOPO



Federazione  
Nazionale degli  
Ordini della  
Professione di  
Ostetrica

Dopo il successo dello scorso anno, prende il via la seconda edizione del progetto “*Prima le mamme e i bambini. 1.000 di questi giorni*” sottoscritto dalla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica e dal Cuamm medici con l’Africa per inviare 10 studenti laureandi del corso di Laurea in Ostetricia nei Paesi dell’Africa subsahariana in cui opera il Cuamm.

Secondo le stime fornite dal Cuamm, ogni anno in Africa subsahariana muoiono 265 mila donne a causa del parto e 1,2 milioni bambini perdono la vita nel loro primo mese. A questi dati se ne aggiunge un altro altrettanto drammatico relativo alla malnutrizione: un bambino ogni tre, al di sotto dei cinque anni, è denutrito, così come una donna incinta su tre. Condizione che li rende ovviamente più esposti al rischio di malattia e morte.



**MEDICI  
CON L'AFRICA  
CUAMM**

Si tratta di realtà in cui le condizioni di vita, in particolare per le donne in gravidanza e il nascituro, sono estremamente precarie.

Come categoria che ha nella propria *mission* la tutela e la promozione della salute della donna in ogni fase della sua vita e con lei del nascituro, non possiamo non sentirci toccate. Ci sono aspetti della nascita che sono uguali per tutte le donne del mondo.

### Il nuovo bando della Fondazione GIMBE per 30 borse di studio

Sulla base del successo ottenuto nelle edizioni precedenti, testimoniato dalle oltre 1.600 candidature pervenute, la Fondazione GIMBE ha previsto una sesta edizione del bando per l'erogazione di **30 borse di studio**, ciascuna del valore di 800,00 euro, destinate a laureati in Medicina e Chirurgia e Professioni Sanitarie e a specializzandi.

Le borse di studio, interamente sostenute dalla Fondazione GIMBE, sono da intendersi a esclusiva copertura della quota di partecipazione al corso di formazione “*Evidence-based Practice*”, che permette di acquisire l’**EBP core curriculum**, set di conoscenze, attitudini e *skill*, **certificato dall’EU-EBM Unity Project**. Il corso si svolgerà a Bologna presso il Royal Hotel Carlton il 16-17-18-19 gennaio 2019.

La **scadenza** del bando è fissata alle ore 12.00 del **21 settembre 2018**.

Per informazioni e invio candidature: [www.gimbe4young.it/ebp](http://www.gimbe4young.it/ebp).

 **GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

## TSRM PSTRP. Al via l'obbligo di iscrizione agli Albi per oltre 200mila professionisti



Sono 225.260 i professionisti sanitari che faranno parte del nuovo “maxi-Ordine” comprendente 17 Albi: dai Tecnici sanitari di laboratorio biomedico ai Fisioterapisti, dai Tecnici ortopedici ai Podologi, dai Logopedisti agli Educatori professionali, dagli Igienisti dentali ai Tecnici audiometristi. Dal 1° luglio prossimo è fatto obbligo ai professionisti di iscriversi ai rispettivi Albi e per la procedura è stato predisposto un portale dedicato.

Quella che era un tempo la Federazione nazionale dei Collegi professionali dei TSRM, oggi, ai sensi della Legge 3/2018 (Legge Lorenzin), sostanzialmente decuplica la propria dimensione in nuovo Ordine, quello dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica e delle Professioni Sanitarie Tec-

niche, della Riabilitazione e della Prevenzione (TSRM PSTRP), che comprenderà un numero elevato di professionisti sanitari, appartenenti alle professioni dell'area tecnica, della prevenzione e della riabilitazione, alle quali, oltre ai TSRM, si aggiungono gli Assistenti sanitari, provenienti dall'ex Federazione nazionale IPASVI (oggi FNOPI).

È naturale che un numero così elevato di professioni sanitarie, riunite in un solo Ordine, comporti una mole di lavoro enorme per chi è chiamato a idearlo, progettarlo e tradurlo in pratica. La classe dirigente di questo folto numero di professionisti dovrà trovare, nei mesi e negli anni a venire, in un percorso non facile e non sempre rettilineo, una sintesi. Questo Ordine avrà una sua omogeneità interna e una classe dirigente organizzata, pur nella imprescindibile e doverosa distinzione delle differenti specificità professionali. Per la definitiva organizzazione della Federazione TSRM PSTR bisognerà attendere l'emanazione da parte del Ministero della Salute di ulteriori due Decreti attuativi della Legge 3/2018, quelli sulla composizione delle Commissioni d'Albo e dei Consigli Direttivi.

Sono le leggi della fisiologia, i bisogni basilari come intimità, protezione, sicurezza per sé e per il proprio bambino, sostegno, incoraggiamento, condivisione, approvazione, solidarietà, non violazione del proprio corpo.

Le donne sono facili da “assistere” se facciamo leva sui loro bisogni universali, ma sono difficili da comprendere nei loro aspetti culturali. Lo sforzo che dobbiamo costringerci a fare per capirle apre la nostra mente alla diversità culturale e ci aiuta a comprendere meglio anche la diversità di ogni donna che incontriamo.

Gli stereotipi del materno nella nostra società possono creare delle barriere nella comunicazione. Aiutarci a uscire dei nostri schemi mentali, dalla nostra routine che dà per scontate tante cose e presuppone di sapere in anticipo cosa debba volere, sentire o fare una donna in gravidanza o che si appresta al parto, potrà essere utile a noi e alle nuove generazioni di ostetriche a capire quanto le donne che vivono in situazioni di grande precarietà e incredibilmente difficili siano invece forti nel perseguire con tenacia il loro progetto di speranza per un futuro migliore, spesso pagando un prezzo alto in termini di sofferenza, sicurezza per loro e per i bambini che sono il loro futuro.

Dobbiamo garantire madri sane per avere bambini sani. I bambini sono il dono più prezioso di una nazione, di una comunità, di un'entità sociale e culturale.

Per tale ragione abbiamo approvato il finanziamento di questo progetto che ci vedrà di nuovo al fianco del CUAMM, così come avvenuto lo scorso anno, avviando una selezione di studenti laureandi del corso di Laurea in Ostetricia. Progetto formativo che porrà l'attenzione a malattie quali ipertensione e diabete in gravidanza, che mettono a rischio lo sviluppo del feto e che nella popolazione africana hanno una grande incidenza, sono previsti l'accompagnamento all'allattamento esclusivo fino al 6° mese di vita, il monitoraggio del peso e della crescita e la gestione della malnutrizione cronica e acuta, ricordando che una delle maggiori sfide dell'umanità è

nutrire una popolazione in costante crescita senza danneggiare l'ambiente

In poco meno di un mese sono pervenute alla FNOPO ben 35 candidature da parte di studenti laureandi del corso di Laurea in Ostetricia di diversi atenei italiani: Milano Bicocca, Perugia, Cattolica Sacro Cuore di Roma, Firenze, Università della Campania L. Vanvitelli, Modena e Reggio Emilia, Siena, Parma, La Sapienza, Trieste e Verona. Tra loro ne sono stati selezionati 10, tenendo conto del curriculum, di precedenti esperienze di cooperazione internazionale e delle motivazioni alla partecipazione al progetto FNOPO.

Il 15 giugno 2017 a Padova, in rappresentanza del Comitato Centrale della FNOPO, ho accompagnato le studentesse selezionate al Corso di Formazione in preparazione alla partenza per l'Africa.

Le 10 studentesse, individuate dalla FNOPO, tutte presenti, entusiaste hanno partecipato attivamente al corso di formazione; a loro si è aggiunta una studentessa del 3° anno dell'UNIFI aderente a un progetto finanziato dall'Ordine in accordo con il CLO e accompagnata dalla collega Antonella Cinotti. Il corso è frutto di un progetto autonomo tra le parti atto a fornire un miglioramento dell'offerta formativa anche in termini di internazionalizzazione dello studente. Si auspica che questi progetti, che vedono coinvolti corsi di Laurea in Ostetricia e Ordini, possano essere di incentivo al raggiungimento di specifici obiettivi formativi, che avvicinino sempre più formazione e mondo del lavoro.

I formatori coinvolti nel progetto di introduzione alla partenza per l'Africa sono stati una ginecologa, una giovane ostetrica di Milano Bicocca, Alice, già selezionata l'anno passato dalla FNOPO per lo stesso progetto e che continua la collaborazione con il CUAMM, i responsabili CUAMM del progetto con FNOPO, il dottor Oscar Merante Boschini e la sua splendida collaboratrice Elsa.

I principali temi trattati nella giornata di formazione sono stati:



Federazione  
Nazionale degli  
Ordini della  
Professione di  
Ostetrica



Coordinamento  
Ordini  
delle Ostetriche  
Regione  
Emilia Romagna

**Presidenti del Congresso:**

*Dott.ssa Maria Vicario, Dott.ssa Silvia Vaccari*

**Modena,  
Palazzo Ducale  
sede dell'Accademia Militare  
5-6 ottobre 2018**

**35° Congresso  
della Federazione  
Nazionale degli Ordini  
della Professione  
di Ostetrica**

**L'Ostetrica  
nel percorso  
a Basso Rischio  
Ostetrico:  
ambiti, esperienze  
e nuove frontiere  
della professione**



**Segreteria Organizzativa e Provider  
New Progress conference & management**  
Via Cartoleria 32 • 40124 Bologna  
t. 051-6486365 • f. 051-6565061  
[info@newprogress.com](mailto:info@newprogress.com)

- Salute materno-infantile in contesto a risorse limitate;
- Cosa troveranno in Africa;
- Che cosa non aspettarsi dall'Africa;
- Quale sarà il ruolo delle studentesse italiane dei CLO all'interno dei team assistenziali.

Il CUAMM, nell'organizzazione del viaggio e del soggiorno, procurerà alle studentesse voli andata e ritorno da aeroporti vicini alle zone di provenienza delle studentesse, le relative coperture assicurative, il visto di ingresso, il trasporto dall'aeroporto alle strutture CUAMM e tutte le informazioni relative ai vaccini da effettuare prima della partenza.

Le zone di destinazione delle studentesse saranno: Wolisso in Etiopia, Tosamaganaga in Tanzania, Aber in Uganda e Chiulo in Angola. Le studentesse partiranno per periodi di un mese da agosto a ottobre e viaggeranno a coppie, per permettere loro una miglior integrazione.

La FNOPO, nella persona della segretaria dottoressa Coluzzi, ha predisposto un questionario che sarà somministrato alle studentesse prima della partenza per indagare sulle aspettative nei confronti del progetto e a conclusione dell'esperienza, per un report anche sulla qualità percepita di quanto vissuto dalle laureande partecipanti al progetto nei luoghi africani.

Il Comitato Centrale e tutte le Presidenti degli Ordini sono convinti che l'avvio di queste esperienze formative possa rappresentare un grande valore aggiunto alla formazione delle ostetriche/i. Creare cultura della solidarietà tra donne e della salute è uno dei nostri obiettivi.

Ogni essere umano è un essere culturale. Un sistema culturale esiste perché esistono dei luoghi, una lingua comune, un sistema parentale e un sistema di abilità e

condotte che si tramandano nel tempo. La comunicazione rappresenta un'area prioritaria d'intervento.

Per una ostetrica, infatti, al fine di entrare in contatto empatico con la donna in un rapporto esclusivo *one-to-one*, è importante non solo la comunicazione verbale, ma anche quella paraverbale e non verbale (tono della voce, mimica facciale, gesti...). La comprensione culturale è un passo importante per andare incontro ai bisogni di queste popolazioni. Inoltre l'*empowerment* della donna consente di fare un ulteriore passo avanti, nella direzione del miglioramento della *health literacy* della donna.

Lo scopo è di rendere le donne più autonome e di metterle in grado di utilizzare in modo appropriato i servizi, di partecipare attivamente alle decisioni terapeutiche e ai processi di cura, di gestire in modo adeguato la gravidanza, di condurre stili di vita sani e questo dovrebbe essere l'obiettivo condiviso a cui le ostetriche dovrebbero aspirare.

## Bibliografia

- Tesi di laurea Maternità e Migrazione. Percorsi di donne dell'Africa Sub-Sahariana, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Facoltà di Sociologia, Cecilia Guidetti, anno accademico 2002/2003
- D&D, "L'assistenza alla donna migrante", n. 72, marzo 2011
- Atti del congresso FNCO Welfare & Multietnia: L'Ostetrica 17 ottobre 2016 Roma Ost. Marastoni dott.ssa Vanessa
- Atti del congresso Risk Management, Firenze Novembre 2016 Ost dott.ssa Silvia Vaccari

## Quali e quante ostetriche hanno conseguito il titolo di Dottore di Ricerca

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica nell'esigenza di conoscere i dati delle ostetriche che hanno conseguito il titolo di Dottore di Ricerca intende costruire un *data base* relativo ai dati che le ostetriche vorranno compilare e trasmettere all'indirizzo alla FNOPO ([presidenza@fnopo.it](mailto:presidenza@fnopo.it)) e all'Ordine di appartenenza adottando il seguente oggetto "Ostetrica: dottore di ricerca in ..... (inserire l'ambito disciplinare del dottorato) la tabella di seguito riportata:



Nome e cognome	Ordine di appartenenza	Ateneo e anno di conseguimento del Dottorato di ricerca	Altri titoli	Occupazione lavorativa	Indirizzo e-mail e numero telefonico (fisso e cellulare)

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica ringrazia per la collaborazione le Ostetriche Dottori di Ricerca nei diversi ambiti disciplinari.

I dati pervenuti saranno rigorosamente protetti dal GDPR della FNOPO, analizzati e restituiti nelle forme di rito.

# PROGETTO “OSTETRICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITÀ” A che punto siamo?

**FNOPO – Ass. Oltre L’Orizzonte – Centro per la Pastorale della famiglia (Vicariato di Roma)**

Il progetto “Ostetrica di famiglia e di comunità” curato dalla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica, dal Centro per la Pastorale della famiglia – Vicariato di Roma e dall’APS “Oltre l’Orizzonte” e presentato per la prima volta al 34° Congresso di categoria a Salerno il 6-7 ottobre 2017, ha visto le seguenti evoluzioni delle attività progettuali.

## **Reclutamento ostetriche**

Nel novembre 2017 sono state reclutate 15 ostetriche con titolo di Master universitario in Ostetricia di Famiglia e di Comunità rilasciato dai diversi Atenei italiani, alle quali è stato presentato il progetto e i rappresentanti dei diversi partner. L’incontro di presentazione delle attività progettuali, avvenuto presso il Vicariato di Roma, in Piazza San Giovanni in Laterano a Roma, è stato divulgato a mezzo stampa tramite comunicati *ad hoc*.

## **Formazione specifica per ostetriche**

La formazione è stata prevista nel progetto con l’obiettivo di uniformare linguaggi, metodi di lavoro, introdurre alle attività nei diversi *setting* progettuali, nonché approfondire alcuni temi, tra i quali: accoglienza e mediazione culturale; etica e umanizzazione delle cure; dinamiche familiari e promozione dell’*empowerment* di famiglia, promozione della cultura della solidarietà, *network analysis* e sviluppo di reti sociali; principali problematiche di salute e suoi determinanti, anche in relazione alla migrazione; elementi per la gestione di orga-



nizzazioni in contesti a risorse limitate e in particolare dei consultori familiari e servizi di prossimità.

L’attività formativa è stata realizzata nei giorni 26 gennaio 2018 dalle 9.00 alle 14.00 e il 30 gennaio 2018 dalle 13.30 alle 18.30, sempre presso il Vicariato di Roma.

## **Individuazione di organizzazioni/centri per attività di prossimità**

Per l’implementazione del modello “Ostetrica di famiglia e di comunità” previsto nei Consultori familiari diocesani e altri Centri – che svolgono attività di assistenza sociale e sanitaria di prossimità in quartieri ad alta densità di popolazione anche multietnica – sono stati avviati incontri tra i partner e gli enti presenti sul territorio laziale per promuovere il progetto con una visione più ampia e diversificata delle realtà sociali sul territorio e

## **Chimici e Fisici professioni sanitarie uniti in un unico Albo**

Con il Decreto firmato dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin il 23 maggio 2018 in applicazione della Legge 3/2018 le professioni di chimico e di fisico sono diventate professioni sanitarie e sono vigilate dal Ministero della Salute.

L’Ordine dei Chimici assume la denominazione di Ordine dei Chimici e dei Fisici con l’istituzione di un Albo unico professionale dei Chimici e dei Fisici, diviso in due sezioni, A e B. Ciascuna sezione è ripartita nei settori *Chimica* e *Fisica*, nel rispetto delle previsioni dell’articolo 3 del Regolamento di cui al Decreto del Presidente della Repubblica n. 328 del 5 giugno 2001. Il provvedimento legislativo ha permesso di dare il giusto valore e riconoscimento a professioni con un ruolo sempre più fondamentale e centrale nella tutela della salute pubblica.

**"O" come Ossitocina (ormone dell'amore)**

**"S" come Storia**

**"T" come Tempo**

**"E" come Empatia**

**"T" come Terra (un punto fermo)**

**"R" come Respiro**

**"I" come Intimità**

**"C" come Cuore, Contatto, Calore**

**"A" come Ascolto, Ancora, Abbandono, Amore**



lo sviluppo multicentrico delle attività. Le organizzazioni individuate con caratteristiche distintive sia dal punto di vista organizzativo sia per l'utenza che vi accede, sono di seguito elencate e con le stesse sono stati siglati specifici accordi.

Centri per lo svolgimento delle attività "ostetrica di famiglia e di comunità":

- il Centro per la promozione della famiglia "Mater Salvatoris", Largo L. Duranti 2/N – 00128 Roma (utenza comprensorio Sud di Roma e provincia, oltre 500mila abitanti);
- il Consultorio familiare "Crescere insieme" della Diocesi di Latina, Via Sezze, 16 c/o Curia Vescovile – 04100 Latina (utenza comprensorio Nord della provincia di Latina, oltre 250 mila abitanti);
- l'Ambulatorio di cure primarie con circa 70 Medici di Medicina Generale (Cooperativa Sociale Romamed), Piazza Istria, 2 – 00198 Roma (utenza comprensorio II Municipio, Centro di Roma, con 80 mila assistiti già presi in carico);
- Centro "Mater admirabilis" di accoglienza e assistenza alla famiglia, donne con disagio e altri soggetti deboli, in particolare immigrati, Via della Pineta Sacchetti – Roma, gestito dall'ATS Fond. Ut Vitam Habeant, Cooperativa Sociale ONLUS Synergasia e APS "Oltre l'orizzonte" (utenza comprensorio Nord di Roma e provincia, oltre 250 mila abitanti).

Il 20 maggio 2018 le ostetriche aderenti al progetto "Ostetrica di famiglia e di comunità" sono state inviate per una riunione operativa e di avvio delle attività nelle sedi su indicate presso l'Auditorium del Santuario del Divino Amore a Roma, dove si è tenuto l'evento organizzato da S.E. Monsignor Angelo De Donatis, Vicario del Papa per la Diocesi di Roma. In quella sede le ostetriche hanno avuto l'occasione di incontrare numerosissime donne e famiglie, alle quali l'evento era destinato, con percorsi di informazione nei gazebo allestiti per l'occasione, quale quello del Consultorio "Al Quadraro" e di

altre numerose associazioni ed enti di promozione della famiglia, anche per la dimostrazione di attività pratiche, con fasciatoi e "punti bebè". Inoltre, le ostetriche hanno potuto partecipare alla conferenza con incontro-dialogo dell'Associazione "Comunità Papa Giovanni XXIII" fondata da Don Oreste Benzi, che ha presentato i progetti rivolti alle famiglie e alle donne che versano in stato di fragilità, comprese le migranti, quelle vittime di tratta, con esperienze di tossicodipendenza e di detenzione.

Al termine della Conferenza si è tenuto un incontro tra i partner progettuali e le ostetriche, per presentare e illustrare nel dettaglio gli step di avvio delle attività e le sedi.

Il 13 giugno 2018 le ostetriche e i responsabili delle sedi operative sono stati fatti incontrare presso il Vicariato di Roma, anche per calendarizzare le presenze a partire dal mese di luglio e le altre attività da cronoprogramma. A tutte le ostetriche è stato fornito un documento di Matrice del quadro logico-progettuale con definizione degli obiettivi generali, scopi specifici e risultati, con relativi indicatori per lo sviluppo delle linee di attività.

Le linee di sviluppo progettuale sono:

- attivazione di una rete sociale e sanitaria;
- attività di indagine e ricerca volte all'elaborazione di check list per individuare bisogni e stato di salute di donne, minori e famiglie e definizione del modello;
- attivazione dei percorsi integrati di presa in carico globale previsti dal modello, reportistica con rilievo delle criticità e delle azioni di miglioramento della qualità degli interventi. Valutazione della qualità percepita da donne e famiglie sui servizi offerti secondo il modello proposto con indagine conoscitiva su un campione rappresentativo di utenza.

**A cura di Marialisa Coluzzi,  
Consigliere Segretaria FNOPO  
e Assunta Lombardi,  
responsabile progettuale  
Associazione Oltre l'Orizzonte**

# Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)

## ATTIVITÀ FNOPO

Il Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica è componente del Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) e ha contribuito alla predisposizione e all'approvazione del 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)" inviato a tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome il 31 ottobre 2017 per promuoverne l'implementazione. Il documento BRO è stato illustrato dalla dottoressa Serena Donati, in seno all'Assemblea del Consiglio Nazionale di categoria di novembre 2017, a tutti i Presidenti del Collegi poi divenuti Ordini.

La FNCO, poi divenuta FNOPO (Legge 3/2018), nel dicembre 2017 ha attivato un Gruppo di Lavoro nazionale composto da componenti il Comitato Centrale, rappresentanti dei tre Centri Nascita (Torino, Genova e Firenze) e rappresentanti dei modelli organizzativi affini (Modena e Perugia). Il GdL BRO ha avviato lo studio di analisi e confronto della documentazione adottata all'interno dei diversi centri nascita, evidenziandone da subito una disomogeneità ma soprattutto la netta differenza organizzativa esistente tra centro nascita intraospedaliero puro e modello organizzativo affine. Pertanto, dopo un primo incontro del GdL, si è convenuto sull'esigenza di trattare in modo differenziato le due tipologie di modelli organizzativi iniziando dal centro nascita del quale il documento ministeriale BRO indica due tipologie:

- Centro Nascita territoriale (*freestanding*) esterno al presidio ospedaliero e ad esso funzionalmente collegato;
- Centro Nascita intraospedaliero (*alongside*) situato vicino alla sala parto di un ospedale e collegato ad esso strutturalmente e funzionalmente (modello riconducibile ai tre Centri Nascita di Torino, Genova e Firenze).



Entrambe le strutture si caratterizzano per l'ambiente familiare, a conduzione e gestione ostetrica dove viene offerta assistenza perinatale a donne con gravidanza fisiologica e dove il modello di cura è quello bio-psico-sociale, nel quale la nascita è vista primariamente come un evento fisiologico. L'assistenza fornita nei Centri Nascita è basata su prove di efficacia e gli eventuali interventi vengono adottati solo quando clinicamente necessario sulla base di protocolli multidisciplinari scientificamente validati e condivisi.

## Convegno FNOPO - CRARL sulla sindrome feto-alcolica

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) nel 2016 ha sottoscritto un Protocollo d'intesa con il Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio (CRARL). Nell'atto sottoscritto tra CRARL e FNOPO - divenuta FNOPO a seguito della Legge 3/2018 - sono indicate le attività di comune interesse che le parti intendono promuovere tra le quali la formazione e la ricerca per la prevenzione della sindrome feto-alcolica.

Per l'ambito della formazione congiuntamente organizzata si comunica che presso l'Università degli Studi di Roma Sapienza - piazzale Aldo Moro 5 - Aula Odeion (Museo dell'Arte classica) - il prossimo 16 novembre 2018 si terrà il Convegno *Sindrome feto-alcolica: stato dell'arte*. Sul sito FNOPO saranno prossimamente pubblicate informazioni utili per la partecipazione all'evento.



Nel corso del 2018 è stata attivata una collaborazione con ricercatrici del MUNet e della City University of London per valutare la trasferibilità degli standard previsti dal documento elaborato dal Midwifery Unit Network "Midwifery Unit Standards" con la finalità di produrre un documento da proporre come FNOPO ai competenti Organi per una loro adottabilità /adattabilità al contesto italiano. Con questa finalità, presso la sede FNOPO si è svolto il terzo incontro del Gruppo di Lavoro integrato con la partecipazione della dottoressa Lucia Rocca Ihenacho, NIHR Research Fellow and Midwifery Lecturer Centre for Maternal and Child Health Research di Londra, City University of London, e della dottoressa Laura Batinelli, ostetrica e ricercatrice a Londra, City University of London.

La FNOPO crede fortemente nel progetto di implementazione dei CN *alongside* perché si tratta di una struttura in cui le donne con gravidanza fisiologica e le coppie potranno vivere questa fase della loro vita, il parto e le fasi successive in un percorso con cure sicure e rispettose della fisiologia e della salute delle donne, assistite sempre da ostetriche. Inoltre l'implementazione dei CN consentirebbe anche l'ampliamento dell'offerta formativa dello studente ostetrica/o per l'ambito del processo fisiologico per il quale si forma.

A supporto e rafforzamento della collaborazione della FNOPO con le ostetriche che operano in Regno Unito è stato sottoscritto un protocollo d'intesa per traduzione, implementazione e diffusione degli standard dei centri nascita (FNOPO, Midwifery Unit Network e City University of London) facendo riferimento ai 10 standard contenuti nel documento redatto da MUNet e avente carattere europeo. Una rappresentanza del Comitato Centrale FNOPO ha partecipato alla "Midwifery Unit Network Conference" svoltasi a Londra il 10 e 11 luglio scorso, che ha visto, anche, la partecipazione dei referenti dei Centri Nascita di Firenze e di Torino. Nutrita la partecipazione all'evento da parte di ostetriche italiane e di ostetriche straniere che, dopo il conseguimento del Titolo abilitante, hanno deciso di lavorare nel Regno Unito.



La professoressa Sandra Morano, fondatrice del Centro Nascita di Genova, è risultata ospite d'onore per il supporto fornito a molte ostetriche straniere.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) ha aderito al Midwifery Unit Network (MUNet), ovvero la rete europea di cure ostetriche che ha recentemente elaborato gli standard dei Centri Nascita europei.

Questo importante lavoro è stato pubblicato in *partnership* con la European Midwives Association (EMA) e con la partecipazione dell'International Confederation of Midwives (ICM), il Royal College of Midwives (RCM), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociace pro Porodní Domy a Centra (APO-DAC) e dalla Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO).

*A cura del Comitato Centrale FNOPO*

# MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI E PARTO

## Indagine sulle competenze delle ostetriche



**Autrici**

**Maria Rosaria Mascolo**

*Ostetrica*

*Dottoressa Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche*

*Master in Management Ostetrico per le funzioni di Coordinamento dell'Area Materno Infantile*

*Ostetrica Coordinatore presso S.C. di Ostetricia e Ginecologia di Novi Ligure, D.M.I. AL dell'ASLAL*

*Docente al Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università degli Studi di Genova*



**Martina Sessarego**

*Ostetrica*



**Valentina Bronzo**

*Ostetrica*

Le Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) sono una qualsiasi forma di lesione a carico degli organi genitali effettuata per ragioni culturali o a scopo non terapeutico, classificate in quattro gradi secondo un ordine crescente di invasività e danno recato, e per questo rappresentano un fenomeno vasto e complesso [1] [2]. Anche se è impossibile effettuare una stima precisa delle cifre globali, da analisi recenti dei dati UNICEF [3] che si basano sulle informazioni raccolte nelle principali indagini campionarie (*Demographic and Health Surveys*, DHS, e *Multiple Indicators Cluster Survey*, MICS), risulta che siano circa 200 milioni, in 30 Paesi diversi, le bambine e le donne che attualmente vivono avendo subito una mutilazione genitale e che devono affrontare i rischi gravi e irreversibili per la loro salute, oltre alle pesanti conseguenze psicologiche. Le stime in Europa calcolano la presenza di 550 mila donne immigrate che sono state sottoposte a una mutilazione. Oggi assistiamo a un flusso migratorio nel territorio italiano di dimensioni significative. Secondo i dati Istat relativi al bilancio demografico nazionale [4], al 31 dicembre 2016 risiedono in Italia 60.589.445 persone, di cui più di 5 milioni di cittadinanza straniera, pari all'8,3% dei residenti a livello nazionale. La maggior parte delle immigrate proviene da Paesi come

la Nigeria, l'Etiopia e il Senegal, che contano un'alta prevalenza di mutilazioni genitali femminili. Il progetto *Daphne MGF-Prev*, coordinato dall'Università di Milano-Bicocca, stima che il numero di donne che vivono in Italia con una mutilazione genitale si aggiri in un intervallo compreso tra le 60mila e le 81mila unità [5]. Il gruppo maggiormente colpito è quello nigeriano che, insieme a quello egiziano, costituisce oltre la metà del collettivo delle donne con mutilazioni genitali. Le mutilazioni genitali sono un'usanza e una convenzione sociale con radici molto solide: praticarla conferisce status sociale e rispetto alle donne e alle loro famiglie; sono legate inoltre a diverse complicazioni a livello fisico, sessuale e psicologico [6] [7]. Nei Paesi dove è comunemente praticata il personale sanitario conosce le metodiche per assistere queste donne durante il parto e la loro cultura ne accetta gli esiti negativi. Lo Stato italiano condanna tale pratica, in quanto violazione dei diritti umani e contraria ai principi di tutela della salute e mostra l'interesse nazionale all'appropriata gestione delle donne mutilate [8]. La consultazione delle normative mostra l'esistenza di raccomandazioni fondamentali dedicate alle figure professionali al fine di ridurre i rischi materni e fetali [9]. È importante che i professionisti

durante l'assistenza a donne con mutilazione genitale siano in grado di rapportarsi alle diverse culture/usanze, adeguando la comunicazione per renderla più comprensibili e accettabili le nostre procedure. L'ostetrica italiana ha oggi l'opportunità di fornire a queste donne un percorso clinico-assistenziale appropriato, prima, durante e dopo la gravidanza e un adeguato sostegno emotivo/psicologico. Lo studio ha lo scopo di sondare le conoscenze e le competenze delle ostetriche/i sulle mutilazioni genitali femminili e la modalità di assistenza al percorso nascita.

## Materiali e metodi

L'indagine è stata realizzata attraverso la distribuzione online di un questionario rivolto alle ostetriche/ci. Per rispondere alle esigenze dello studio si sono ricercati questionari validati tramite la consultazione di siti di ricerca, come PubMed, con bande di ricerca quali: "midwives' knowledge and survey and FGM", "questionnaire of knowledge and FGM", ma non ha ottenuto il risultato atteso. Si è proseguito utilizzando le parole chiave: "female genital cutting, professionals, survey" che hanno consentito di trovare uno studio italiano, condotto nel 2011 [10], avente lo scopo di sondare



le conoscenze degli operatori sanitari: le ostetriche, i ginecologi, i neonatologi, i pediatri e gli infermieri attraverso un questionario. Erano state sondate le conoscenze delle leggi italiane e delle Linee Guida sulle MGF, la partecipazione a corsi di aggiornamento e le modalità con cui i professionisti si erano informati/formati sul tema. In questo articolo non era stata richiesta la presenza e l'adozione di percorsi clinici appropriati per donne sottoposte a MG, né norme per l'assistenza al parto vaginale. Sono state quindi scelte alcune domande dall'articolo trovato e aggiunte altre per

### RIASSUNTO

#### Introduzione

Il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF) coinvolge tutto il pianeta e non solo l'Africa. Nei Punti Nascita italiani si registra un aumento di accessi di donne che hanno subito un lieve o più grave grado di mutilazione e tra queste gestanti o partorienti. Questo fenomeno stimola i professionisti sanitari ad aggiornare le conoscenze e le competenze per redigere protocolli di assistenza al parto appropriati.

#### Obiettivo

Lo studio ha lo scopo di sondare le conoscenze e le competenze delle ostetriche/i sulle Mutilazioni Genitali Femminili e la modalità di assistenza al percorso nascita.

#### Materiali e metodo

Dopo un'attenta ricerca di studi sulle MGF e delle competenze degli operatori sanitari, è stato realizzato e diffuso online un questionario per sondare le ostetriche italiane

#### Risultati e conclusioni

Nonostante il questionario sia stato posto online per 42 giorni hanno aderito solo 55 ostetriche/i. La totalità di esse ha dimostrato di essere a conoscenza del fenomeno, pur rivelandosi non adeguatamente preparata ad affrontare l'intero percorso nascita, dalla gravidanza al puerperio; solo il 34,5% è a conoscenza delle leggi italiane e il 43,6% delle linee guida introdotte dal Ministero della Salute. Emerge la necessità di informare e di formare le ostetriche/ci per offrire un percorso di cura appropriato alle donne/gestanti che hanno subito mutilazione genitale.

#### Parole chiave

Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), conoscenza, competenza, assistenza ostetrica, ostetrica/o, sondaggio, questionario.

### ABSTRACT

#### Introduction

The phenomenon of Female Genital Mutilation (FGM) affects the whole planet, not only the African Country. Italian maternity units register an increasing access of women who have undergone any forms of genital mutilation, including pregnant women or women in labor. This phenomenon stimulates health professionals to update their knowledge and competencies apt to edit proper intrapartum care protocols.

#### Aim

The study aims to investigate midwives' knowledge and competencies on Female Genital Mutilations and childbirth related modalities of care.

#### Materials and methods

After accurate research on FGM studies and health professionals' competencies, an online survey was published to explore those of Italian midwives.

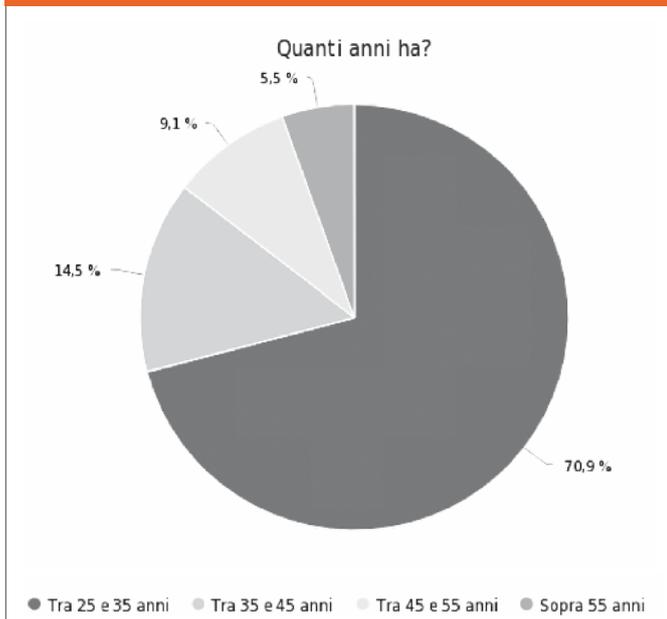
#### Results and conclusions

Although the survey has been online for 42 days, only 55 midwives have participated. All midwives are aware of the phenomenon of female genitals mutilations, but they are not sufficiently trained to deal with the whole childbirth pathway of care, from pregnancy to puerperium: only 34,5% know the Italian laws and the 43,6% know the guidelines introduced by the Ministry of Health. Emerges the need to inform and to train midwives in order to offer an appropriate pathway of care to (pregnant) women who have undergone to female genital mutilations.

#### Keywords

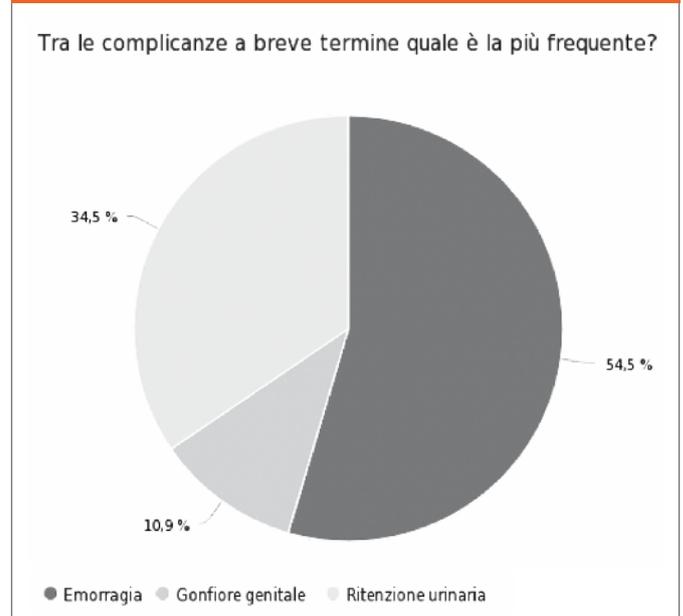
Female Genital Mutilation (FGM), knowledge, competency, midwifery care, midwife, survey, questionnaire.

**Grafico 1 Età delle ostetriche/ci**



costruire *ad hoc* un nuovo questionario utile per lo scopo. Le modifiche apportate hanno permesso di rivolgere il sondaggio alle sole ostetriche/ci per analizzare le loro competenze nell'assistenza al percorso nascita delle gestanti con MGF, con domande a risposta chiusa e diviso in parti definite. La diffusione è avvenuta tramite *Survio*, un programma finalizzato alla realizzazione di questionari, e la rete, *social network* quali Facebook, e inserendo il *link* su gruppi di ostetriche. La partecipazione alla ricerca è stata volontaria e i dati personali trattati in modo anonimo, rendendo impossibile identificare la partecipazione attraverso le risposte ottenute. Il questionario è stato esposto per 42 giorni, da settembre a ottobre 2017. Ha raccolto informazioni sulle variabili socio-demografiche (genere, età, luogo

**Grafico 2 Quale è la complicanza a breve termine più frequente**



di lavoro); sul grado di conoscenza dell'argomento delle mutilazioni genitali; sull'esperienza acquisita dall'incontro con le donne; sul bisogno o desiderio di informarsi sulla clinica, sull'assistenza, sulle Linee Guida e sulle leggi.

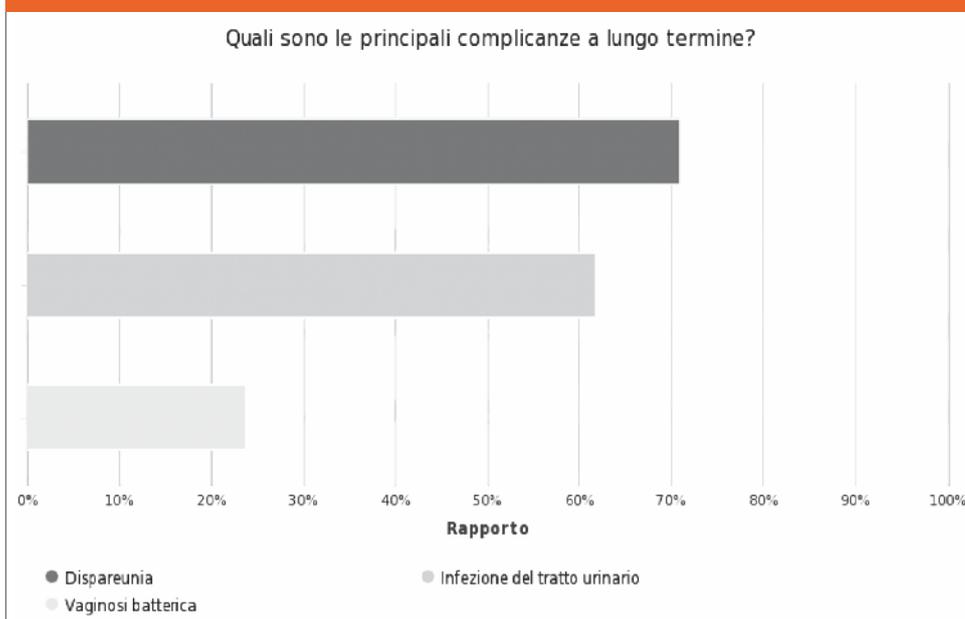
## Risultati

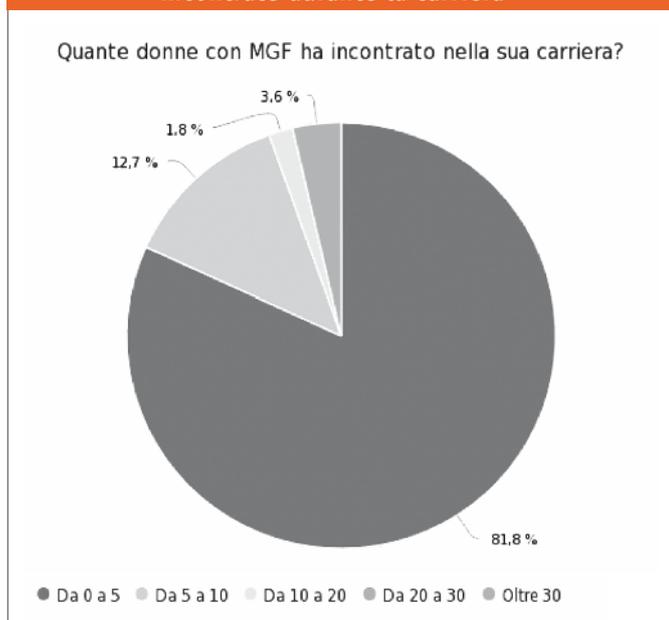
Hanno aderito al sondaggio solo 55 ostetriche/ci, residenti per lo più nel Centro/Nord d'Italia. Alle ostetriche/ci è stata richiesta un'autovalutazione della conoscenza delle MGF e le modalità utilizzate per la formazione. Lo studio ha mostrato che la totalità dei partecipanti conosce il fenomeno, anche se il 21,8% (n. 11,9)

nella loro vita professionale non ha mai incontrato donne con esiti di pregressa MGF. Il 70,9% (n. 38,9) delle ostetriche/ci partecipanti ha un'età compresa tra i 25 e 35 anni (Grafico 1).

Il 50,9% (n. 27,9) dei partecipanti riferisce di saper riconoscere i diversi gradi di MGF. Il 94,5% (n. 51,9) afferma di sapere che sono causa di complicanze di salute, ma solamente il 50,9% (n. 27,9) si dichiara in grado di riconoscere i segni e i sintomi di una pregressa MGF e il 54,5% (n. 29,9) indica l'emorragia come complicanza a breve termine più frequente (Grafico 2).

**Grafico 3 Le principali complicanze a lungo termine**



**Grafico 4** Quantità di donne con MGF incontrate durante la carriera


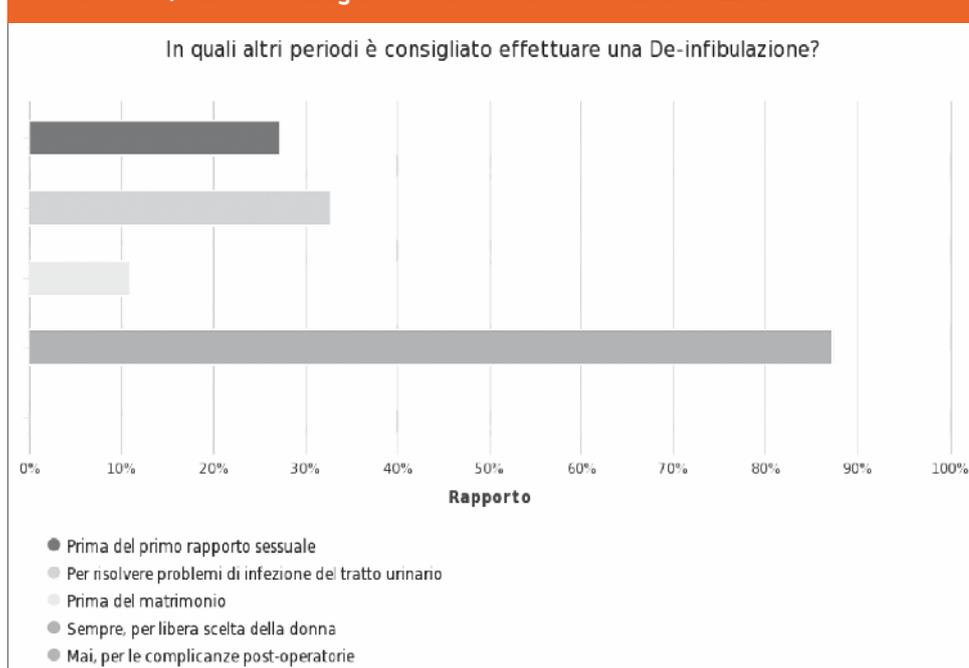
Il campione si dimostra preparato sulle complicazioni a lungo termine: dispareunia (>70%), infezione del tratto urinario (>60%) e vaginosi batterica (>20%) (Grafico 3).

Quasi la totalità delle ostetriche/ci, 81,8% (n. 44,9), durante la propria carriera ha incontrato raramente donne con pregressa MGF (0 a 5). Un dato rilevante è la piccola parte di loro che hanno assistito dalle 5 alle 20 gestanti durante il percorso nascita (14,5% n. 7,9), e quelle che ne hanno assistite oltre 30 (3,6%, n. 1,9) (Grafico 4).

Le ostetriche/ci, che hanno incontrato almeno una volta queste gestanti, hanno effettuato una visita vaginale nel 49,1% (n. 27) e il 67,3% (n. 34,8) sapeva di doverle chiedere il

consenso. Soltanto il 43,6% (n. 23,9) è consapevole che il periodo appropriato per effettuare una prima ispezione vaginale in gravidanza è al momento dell'accertato stato di gravidanza e non dopo il terzo trimestre (56,4%, n. 31). Dalle risposte delle ostetriche/ci emerge che le gestanti, incontrate durante il travaglio, hanno partorito spontaneamente (72,7%, n. 39,9), nonostante la MGF sia stata una indicazione al taglio cesareo in elezione nel 60% (n. 33). L'89,1% (n. 49) dei professionisti conosce la definizione di de-infibulazione e nel 52,7% (n. 28) le indicazioni mediche e le tecniche chirurgiche, laser o a lama fredda. Il 49,1% (n. 27), coerente con le Linee Guida dell'OMS del 2016, sottolinea che non esiste un momento più appropriato per consigliare la de-infibulazione, infatti, è necessario rispettare la volontà della paziente, contrariamente il 40% (n. 22) che individua adeguato il periodo *ante-partum* (Grafico 5); la totalità afferma che la de-infibulazione non comporta rischi post operatori. Le competenze delle ostetriche/ci, riguardanti la de-infibulazione durante il secondo stadio del parto, sono emerse dall'81,8% (n. 44,9), infatti individuano il momento più adatto l'incoronamento della testa fetale, in caso di introito vaginale di dimensioni adeguate, preceduta dall'anestesia locale (61,8%, n. 33,9) o un'anestesia loco-regionale (38,2%, n. 21). Inoltre, l'80% delle ostetriche/ci afferma correttamente che la de-infibulazione deve essere effettuata all'inizio del travaglio, in caso di introito vaginale quasi totalmente chiuso, preceduta da un'anestesia loco-regionale (72,7%, n. 39,7) o dall'anestesia locale (27,3%, n. 15). In quanto vietato dalla Legge n. 7 del 9 gennaio 2006 un professionista sanitario non può praticare una mutilazione genitale e nemmeno ripristinarla in seguito a una de-infibulazione; per questo motivo i lembi devono essere suturati cercando di rispettare la fisiologica anatomia dei genitali esterni femminili, per quanto possibile; il 70,9% (n. 38,9) dei professionisti ha risposto in linea con questa

legge. L'episiotomia a una donna, precedentemente sottoposta a de-infibulazione, è una procedura che va valutata in base alla progressione del travaglio, e l'80% (n. 44) delle ostetriche hanno risposto correttamente. D'altro canto, è importante che le ostetriche/ci offrano un percorso di assistenza per la cura della sutura, e l'81,8% (n. 44,9) dichiara che questa pratica rientra nelle procedure assistenziali, comprendenti i consigli per una corretta igiene intima, l'utilizzo di creme anestetiche da massaggiare sui lembi suturati e il controllo giornaliero della cicatrizzazione (Grafico 6).

**Grafico 5** Quando è consigliabile effettuare la de-infibulazione


Il 70,9% (n. 38,9) delle strutture in cui i partecipanti lavorano offre un servizio di collaborazione con gli interpreti e i mediatori culturali, però soltanto 12,7% (n. 6,9) si attengono a protocolli o procedure interne per la gestione di questa tipologia di pazienti. Nel periodo del *post-partum*/puerperio quasi la totalità delle strutture non viene offerto un percorso psicologico *post-partum* (87,3%, n. 48) e non si attua un programma di rieducazione perineale dedicato alle puerpere con MGF (94,5%, n. 51,9). La maggior parte delle ostetriche/ci ha ricevuto informazioni sulle MGF dai corsi universitari (70,9%, n. 38,9) e alcune attraverso una la cultura personale (50,9%, n. 27,9).

Soltanto il 43,6% (n. 23,9) ha partecipato a corsi di aggiornamento, per il 61,8% (n. 33,9) conferenze e in misura minore corsi professionali e *post-laurea*. I corsi obbligatori su questo tema risultano essere stati solo il 3,6% (n. 1,9). Le ostetriche sono risultate poco informate dell'emanazione della Legge italiana n. 7 del 9 gennaio 2006 sulle MGF, soltanto il 34,5% (n. 18,9) e delle Linee Guida italiane del Ministero della Salute, il 43,6% (n. 23,9). Di fatto, l'87,3% (n. 48) dei partecipanti ammette di avere delle lacune sul fenomeno e il 92% (n. 50) si definisce bisognoso di un corso di aggiornamento.

Grafico 6 Manovre corrette per la cura della sutura

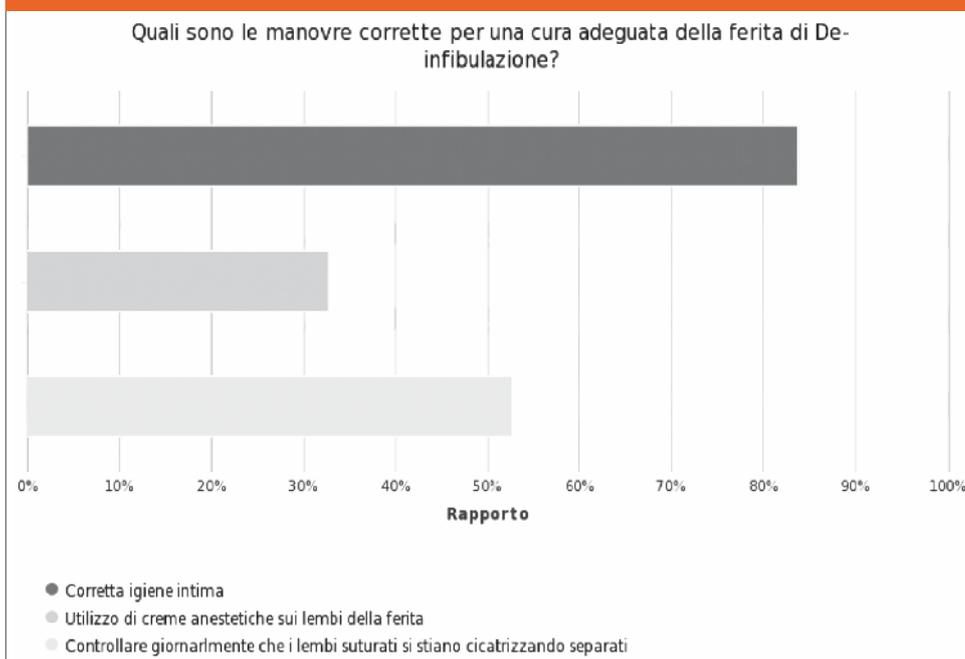
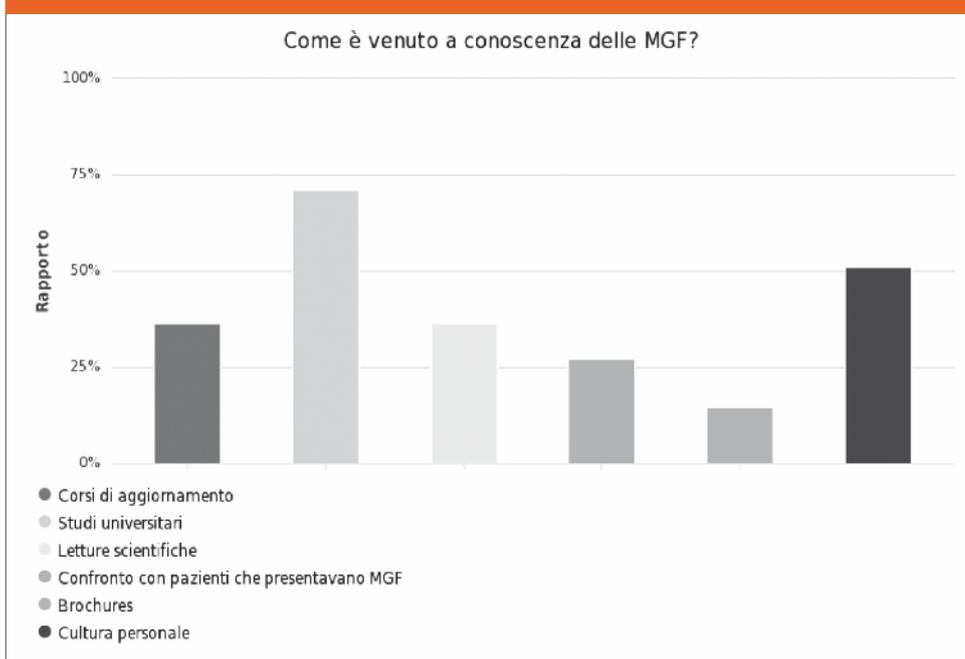


Grafico 7 Metodi per la conoscenza delle MGF



## Conclusioni

L'ostacolo principale che lo studio ha dovuto affrontare è stata la scarsa adesione delle ostetriche/i (55) a questo sondaggio e tutto ciò stimola importanti riflessioni. Di fatto, l'esiguo numero di partecipanti fa ipotizzare un mal inquadramento del fenomeno delle MGF o a un disinteresse a priori, probabilmente ritenuto non attuale, e ancora lontano dalle nostre sale parto. Altro dubbio che sorge è che le ostetriche/ci abbiano una carente considerazione per queste donne e/o preparazione scientifica. Le ostetriche/ci che hanno aderito al sondaggio hanno consentito di constatare che la maggior parte conosce il fenomeno delle MGF e in parte è in grado di individuare i diversi gradi e le complicazioni di salute a breve e a lungo termine. La maggior parte si è dichiarato di essere competente ad accogliere, a porre la diagnosi e ad indirizzare queste pazienti in modo che possano ricevere le migliori cure. Poco più della metà dei partecipanti dimostra di essere in grado di identificare le caratteristiche etnico-geografiche e le basi culturali e sociali di questa popolazione, ma è carente per le conoscenze di diffusione e delle princi-

## Le ostetriche italiane che migrano all'estero

Dal Secondo Rapporto CUP sulle Professioni Regolamentate in Italia :numeri, dimensioni, tendenze e cambiamento (anno 2016) risulta che il numero di ostetriche iscritte all'Albo è quasi raddoppiato negli ultimi 15 anni. Per tutta una serie di motivi, tra i quali il permanere nelle UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia del modello assistenziale misto – ostetriche e infermieri – non si riesce ad avere il giusto equilibrio tra domanda e offerta di lavoro. In un prossimo futuro il frazionamento delle competenze specifiche (uroginecologia, endocrinologia, medicina perinatale, patologia della riproduzione, etc.) e l'attuazione del modello mono-professionale promosso dalla FNOPO dovrebbero determinare un incremento della domanda di lavoro anche grazie al potenziamento del territorio e nuove progettualità organizzative derivante dalla rete di rapporti tra FNOPO/FNOMGeO e FMMG.

Negli ultimi due lustri si è assistito, quindi, al fenomeno migratorio che ha visto alcune ostetriche decidere di cercare lavoro fuori dall'Italia in Europa e anche fuori dall'Europa. Il fenomeno che spesso può sfuggire agli stessi Ordini provinciali e interprovinciali cui afferisce l'ostetrica che migra deve essere monitorato attraverso un database alla cui costituzione si auspica vogliano collaborare le ostetriche stesse che rappresentano un patrimonio di conoscenze che la Categoria non può e non deve disperdere ma valorizzare con la creazione di canali di scambio culturale.

A tutte le ostetriche che operano in Europa e fuori dall'Europa la FNOPO chiede la disponibilità a contribuire a monitorare il fenomeno attraverso la costituzione del database relativo ai loro dati come da tabella di seguito riportata da compilare e trasmettere alla FNOPO con e senza PEC ([presidenza@fnopo.it](mailto:presidenza@fnopo.it)) e all'Ordine di appartenenza adottando il seguente oggetto "Ostetrica Italiana che lavora in ..... (inserire il Paese)"

Nome e cognome	Ordine di afferenza	Ateneo e anno di conseguimento titolo abilitante di ostetrica/o	Altri titoli	Località lavorativa	Indirizzo e-mail e numero telefonico (fisso e cellulare)

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica ringrazia per la collaborazione le ostetriche che lavorano all'estero e portano in alto in nome dell'Italia. I dati pervenuti saranno rigorosamente protetti dal DGPR della FNOPO, analizzati e restituiti nelle forme di rito.

pali conseguenze sanitarie. Per quanto riguarda l'assistenza appropriata durante il percorso nascita, la gravidanza, il parto e il puerperio, le competenze delle ostetriche/ci risultano essere disomogenee. Il personale ha mostrato di essere preparato riguardo le nozioni base: la visita vaginale; la de-infibulazione; la cura della sutura e le principali conseguenze fisiche; risulta meno informato sui tempi e la tipologia di de-infibulazione, la metodica di analgesia più adatta. Dato lampante, emerso da questo studio, è la scarsa conoscenza della legge italiana e delle Linee Guida istituite dal Ministero della Salute indirizzate ai professionisti sanitari per realizzare attività di prevenzione, di assistenza e di riabilitazione. Così come confermato dagli stessi partecipanti, vi è la necessità di ricevere più informazione/formazione specifica per assistere le donne con MGF e per affrontare una Società multiculturale quale è l'Italia. I corsi di Laurea in Ostetricia e la formazione continua (ECM) dovranno essere i fornitori di tali bisogni.

## Bibliografia

- [1] WHO, UNFPA, UNICEF. Female Genital Mutilation: A Joint WHO, UNICEF, UNFPA statement. Ginevra: Who; 1997
- [2] World Health Organization. Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement, WHO, UNFPA, UNICEF, UNIFEM, OHCHR, UNHCR, UNECA, UNESCO, UNDP, UNAIDS, WHO. Ginevra: Who; 2008
- [3] UNICEF. Unicef global databases 2016, based on DHS,

MICS and other nationally representative surveys. New York: Unicef; 2004-2015

- [4] ISTAT: (13 giugno 2017) Bilancio Demografico Nazionale
- [5] Progetto Daphne MGF-Prev coordinato dall'Università di Milano-Bicocca
- [6] Pasquinelli C. Origine delle MGF. Antropologia delle mutilazioni genitali: una ricerca in Italia. Roma: AIDOS; 2000
- [7] Catania L. Le Mutilazioni Genitali Femminili: Aspetti sanitari delle MGF e conseguenze psicofisiche. Centro di Riferimento Regionale per la Prevenzione e la Cura delle Complicanze delle MGF. Dipartimento di Ginecologia Ostetrica Scienze della Riproduzione Umana. Firenze: Progetto Aurora; 2014
- [8] Parlamento Italiano. Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto della pratica di mutilazione genitale femminile, Gazzetta Ufficiale n. 14 del 18 gennaio 2006
- [9] Ministero della Salute. Linee Guida destinate alle figure professionali sanitarie nonché ad altre figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche. Roma; Ministero della Salute; 2007
- [10] Surico D, Amadori R, Gastaldo L. B, Tinelli R. and Surico N. Female genital cutting: a Survey among health-care professionals in Italy, Journal of Obstetrics and Gynaecology; 2015

# PITFALLS in CARDIOTOCOGRAFIA

## Pitfalls of cardiotocography



**Autrice**

**Giulia Sabbatini**

*Ostetrica*

*giuliasabbatini.gs@gmail.com*

Il monitoraggio del benessere fetale in travaglio è una procedura che permette di ridurre l'incidenza dei principali outcome neonatali sfavorevoli. Le tecniche a nostra disposizione sono la rilevazione intermittente della frequenza cardiaca fetale (IA) mediante stetoscopio di Pinard o cardiocografo e il monitoraggio elettronico fetale (*Electronic Fetal Monitoring, EFM*).

Il principio base dell'EFM è quello di rilevare precocemente lo sviluppo di un'ipossia fetale con lo scopo di prevenire l'acidosi metabolica e il danno cellulare.

Sulla base di questo razionale, l'EFM è attualmente la modalità più comunemente impiegata per il controllo del benessere fetale, sebbene ci sia ancora un ampio dibattito sulla tecnica più appropriata in gravidanza a basso rischio.

### L'auscultazione intermittente

Una più semplice forma di valutazione della frequenza cardiaca fetale è l'auscultazione intermittente. Può essere eseguita usando uno stetoscopio di Pinard o un appa-

recchio a ultrasuoni con effetto Doppler. È raccomandata per le donne con gravidanze in assenza di fattori di rischio e con un travaglio di parto fisiologico. Per questi motivi necessita di una preliminare e attenta valutazione ostetrica.

Recenti studi confermano che l'auscultazione intermittente per la sua semplicità di impiego e per l'approccio non troppo medicalizzato della valutazione del benessere fetale è molto apprezzata dalle gestanti. È indispensabile un'assistenza che preveda un rapporto 1/1 (gestante-ostetrica).

La rilevazione intermittente della frequenza cardiaca fetale deve rispettare regolare e definiti intervalli:

- travaglio attivo (1° stadio) ogni 15 minuti; dopo ogni contrazione per 60 secondi;
- secondo stadio: ogni 5 minuti per 60 secondi.

I limiti dell'IA sono:

- rapporto ostetrica-paziente 1 : 1;
- assenza di documentazione cartacea;
- soggettività dell'interpretazione;
- possibilità di individuare solo variazioni della FCF di rilevante entità;
- necessità di specifica esperienza da parte dell'operatore (1).

Le "raccomandazioni" per un corretto utilizzo dell'auscultazione intermittente sono:

- valutazione del polso materno prima di qualsiasi forma di auscultazione;

## RIASSUNTO

La registrazione cardiocografica della frequenza cardiaca fetale è tuttora il metodo più diffuso per il monitoraggio fetale *antepartum* e *intrapartum*, oggi sempre più utilizzato anche per le gravidanze apparentemente non a rischio.

I disturbi nella perfusione utero-placentare negli scambi dia-placentari scatenano reazioni compensatorie da parte del sistema cardiovascolare fetale. Tali reazioni si estrinsecano in modificazioni dei pattern di frequenza cardiaca fetale (FHR) valutabili con la registrazione cardiocografica. Pertanto, la cardiocografia nasce come metodo diagnostico della sofferenza fetale ipossica.

La cardiocografia applicata durante la gravidanza permette di conoscere non soltanto l'eventuale stato di sofferenza del feto, ma anche il suo stato di benessere, espresso dalla reattività e dal comportamento del feto stesso.

L'applicazione della cardiocografia in travaglio di parto, riveste una certa rilevanza nell'ambito della prevenzione degli esiti perinatali infausti quale la morte perinatale e l'encefalopatia ipossica-ischemica del neonato.

Nonostante la sua scarsa predittività e bassa specificità, il monitoraggio elettronico della frequenza cardiaca fetale *intrapartum* è diventato il test di screening primario per l'assfissia fetale.

Il limite di tale metodica di sorveglianza è ancora oggi rappresentato dall'elevato numero di falsi positivi che, molto spesso, induce ad interventi ostetrici non necessari.

### Parole chiave

Cardiocografia, lettura analitica, predittività.

## Ricorso Straordinario al Capo dello Stato FNCO C/ D.C.P.M. 12.01.2017 - Nuovi LEA

La reale possibilità di prescrizione da parte dell'ostetrica è rimasta una realtà limitata a poche Regioni e/o ASL anche dopo l'emanazione del D.Lgs. 15/2016 "Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali" che ha modificato l'articolo 48, comma b, del D.Lgs. 206/2007 come si seguito riportato.

La FNCO, nel novembre 2016, ha sottoposto la criticità all'attenzione del Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn) quando il testo del DPCM che approvava i nuovi LEA era ancora all'esame delle Commissioni parlamentari, chiedendo un intervento sull'art. 59 da parte della DGP per la predisposizione della prescrizione con ricettario regionale da parte dell'ostetrica. La procedura attualmente è regolamentata dalle Leggi 531/1987 e 326/2003 di conversione del Decreto Legge 69/2003 e limita ai soli medici l'impiego dei ricettari per le prescrizioni a carico del SSN attualmente dematerializzate. Il CPNn si è dichiarato non competente in materia trattandosi di una modifica ordinamentale che dovrebbe essere discussa in altre sedi.

Publicato in G.U. il DCPM sui nuovi LEA che non recepiva la richiesta FNCO ci si è attivati per "Ricorso Straordinario al Capo dello Stato - FNCO C/ D.C.P.M. 12.01.2017 - nuovi LEA" per l'esclusione della prestazione ostetrica nell'art. 59, trattandosi di una normativa di rango inferiore rispetto al D.Lgs. 15/2016.

Il ricorso è stato ritualmente notificato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, al Ministero della Salute e alla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Nell'ottobre 2017 il Ministero della Salute comunicava alla FNCO l'avvenuta trasmissione del ricorso al Capo dello Stato dando 30 giorni al ricorrente per eventuali repliche. Il Ministero, nel termine di 60 giorni dalla notifica, non ha chiesto – come era sua facoltà – che il ricorso venisse deciso in sede giurisdizionale (in altre parole dinanzi al TAR). Nei successivi 120 giorni, a decorrere dalla scadenza del termine per impugnare l'atto oggetto di ricorso, il Ministero neppure ha provveduto – come per legge – a trasmettere il ricorso, le proprie deduzioni e controdeduzioni, nonché gli allegati al Consiglio di Stato per l'esame ai fini della decisione da adottare con Decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.).

Il Ministero della Salute, in data 18 gennaio 2018, ha proceduto alla trasmissione del fascicolo al Consiglio di Stato unitamente alla relazione istruttoria, concedendo alla difesa della FNCO poi divenuta FNOPO (Legge 3/2018) termine per eventuali documenti e controdeduzioni di 30 giorni. Il consulente legale FNOPO dottoressa Anna Lagonegro, entro il termine prescritto, ha depositato puntuali controdeduzioni a quanto eccepito e dedotto dal Ministero nella suddetta relazione istruttoria. Il fascicolo Ricorso Straordinario al Capo dello Stato FNCO C/ D.C.P.M. 12.01.2017 - nuovi LEA" è attualmente rubricato con il "numero affare" 138/2018.

9-3-2016 GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA Serie generale - n. 32

### LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 28 gennaio 2016, n. 15

Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno («Regolamento IMI»).

Art. 37.

Modifiche all'articolo 48 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206

1. All'articolo 48, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206, le parole: "diagnostica come" e le parole: "da un soggetto abilitato alla professione medica" sono soppresse.

- annotazione delle variazioni della FCF alla I.A. in cartella o nel partogramma con data, ora e firma;
- l'I.A. eseguita con il cardiocrografo consente una conservazione su supporto cartaceo.

Non ci sono studi che analizzino i benefici dell'auscultazione intermittente versus nessun monitoraggio. L'EFM intermittente appare il metodo non-continuo più sensibile nell'individuazione delle anomalie della FCF. L'EFM intermittente è associato a un incremento significativo del tasso di tagli cesarei quando confrontato con l'auscultazione intermittente eseguita con lo stetoscopio di Pinard.

Non esistono studi che abbiano valutato le variazioni della frequenza e della durata dell'auscultazione intermittente in rapporto agli outcome.

#### La cardiocrografia

Il principio base del monitoraggio elettronico è quello di rilevare precocemente lo sviluppo di un'ipossia fetale con lo scopo di prevenire l'acidosi metabolica e il danno cellulare e, conseguentemente, ridurre l'incidenza degli outcome neonatali sfavorevoli. L'ipossia *intrapartum* può svilupparsi in seguito a eventi acuti quali l'ipercinesia uterina, il distacco di placenta o la compressione funicolare.

La ipoperfusione placentare cronica dovuta a patologie vascolari (ad esempio, nella restrizione della crescita intrauterina) può essere esacerbata dalla ridotta perfusione intervillosa durante le contrazioni uterine o dall'ipotensione materna. L'iniziale risposta all'ipossia cronica è rappresentata dall'aumento della gittata cardiaca e dalla redistribuzione della stessa al cervello e al cuore.

L'incremento nella gittata cardiaca viene ottenuto tramite un aumento della frequenza cardiaca. Questo fatto può essere seguito da una riduzione nella variabilità della frequenza cardiaca dovuta all'ipossia del tronco encefalico. L'ipossia continuata e progressiva determina danno miocardico e conseguenti decelerazioni del battito cardiaco. Al contrario, l'ipossia acuta determina una diminuzione della frequenza cardiaca fetale (decelerazioni o bradicardia) inizialmente prodotta dalla stimolazione vagale mediata dai chemocettori, e successivamente anche dall'ischemia miocardica. Sulla base di questi presupposti teorici, l'EFM è stato introdotto nell'uso comune nei primi anni '70. Successivamente il suo uso *intrapartum* è aumentato rapidamente. Poiché il risultato atteso, cioè una riduzione degli outcome perinatali sfavorevoli, non è stato raggiunto, il ruolo dell'EFM in travaglio è ancora oggi in discussione.

L'asfissia fetale *intrapartum* potenzialmente significativa si verifica in circa 20 su 1.000 nati. L'esposizione all'asfissia fetale moderata e severa con morbidità neonatale si verifica in 3-4 parti, con danno cerebrale e successiva disabilità in almeno 1 ogni 1.000 parti. Sebbene la prevalenza dell'asfissia moderata e severa sia modesta, la prevenzione è importante a causa delle gravi implicazioni di questa complicanza per il bambino, la famiglia e la società.

Diversi fattori complicano la dimostrazione dei benefici dell'EFM come *test di screening*. Non c'è consenso riguardo a un protocollo di sorveglianza fetale per pazienti a basso rischio che rappresentano circa il 25% di asfissia fetale *intrapartum*. L'asfissia moderata e grave non può essere prevenuta quando si è verificata un'esposizione asfittica prima del parto o prima della comparsa della sorveglianza fetale.

La predizione dell'asfissia fetale *intrapartum* non può verificarsi quando la qualità della registrazione non consente l'interpretazione.

In una analisi di 110 casi di controversie legali ostetriche per paralisi cerebrale, Symond e Senior (1991) trovarono che il 70% di queste richieste erano basate su anomalie e sull'interpretazione della cardiocografia.

Le analisi delle richieste di risarcimento per presunta negligenza hanno mostrato che il tema ricorrente della maggior parte dei casi di controversia legale poteva essere ricondotta ai seguenti fattori:

- taratura ora e data;
- funzionamento;
- manutenzione;
- ottimale utilizzo;
- interpretazione adeguata;
- management adeguato;
- archiviazione dei tracciati;
- errata interpretazione;
- inadeguata o ritardata reazione;
- errori tecnici e di manutenzione;
- scarsa supervisione;
- inadeguato *training*.

I cardiocografi dovrebbero essere settati in modo standard come segue:

- velocità della carta: 1cm/min;
- sensibilità: 20 bpm/cm;
- range della FCF: da 50 a 210 bpm (3).

Le "raccomandazioni" Royal College of Obstetricians Gynaecologists del 2004 suggeriscono che:

- la data e l'ora di registrazione sulla macchina dovrebbero essere correttamente settate;
- il tracciato dovrebbe essere registrato con il nome della madre, data e ora;
- qualsiasi componente dello staff che venga coinvolto nella valutazione di un tracciato dovrebbe annotare le proprie osservazioni sul tracciato, o nella cartella materna o nel partogramma, con la data, l'ora e la firma;
- il tracciato cardiocografico dovrebbe essere custodito e archiviato insieme alla cartella materna al termine del processo di registrazione.

Questi fattori sono stati anche identificati nella maggior parte dei casi di morti "intrapartum-correlate" di feti

senza anomalie. Più del 50% dei casi di morti perinatali erano dovuti a errori evitabili nonostante il monitoraggio elettronico fetale.

È compito di tutti gli operatori delle U.O. e della sala parto vigilare sul corretto uso e funzionamento dei cardiocografi. Chi usa la CTG dovrebbe essere a conoscenza delle limitazioni e degli artefatti che si possono verificare e che hanno importanti implicazioni sia sul-

Figura 1

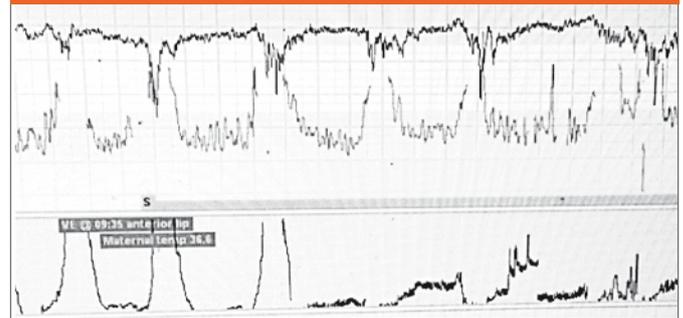


Figura 2 Caso clinico 1

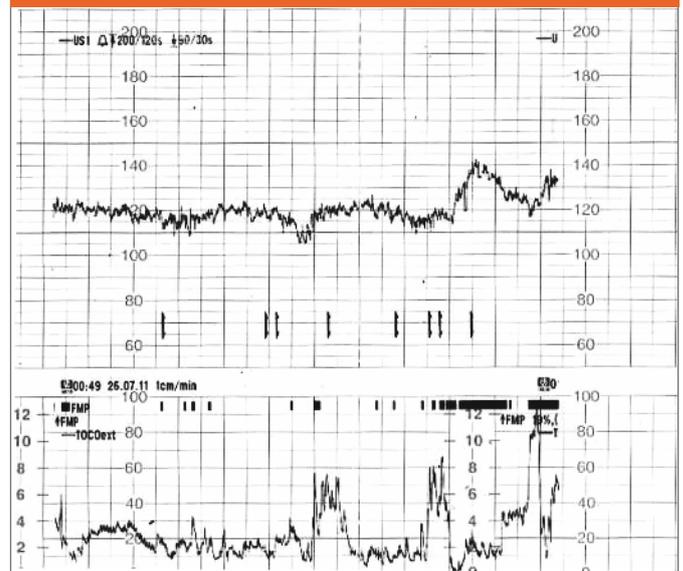


Figura 3 Caso clinico 2



l'interpretazione dei tracciati cardiocografici che sulla realizzazione degli errori o "pitfalls". Inoltre avere padronanza degli apparecchi utilizzati e familiarità con la terminologia clinica riguardante la classificazione dei tracciati cardiocografici può facilitare lo scambio professionale e la comunicazione clinica.

Infine deve essere considerata come buona pratica la determinazione della FCM (rilevazione manuale, monitoraggio ECG o *pulse oximetry*) in tutti i casi in cui sia necessario escludere artefatti di frequenza, facendo ricorso anche alla visualizzazione ecografica diretta dell'attività cardiaca del feto nei casi dubbi.

## I "pitfalls" in cardiocografia

### Confusione/sovrapposizione tra MHR e FHR durante il travaglio di parto

Una delle azioni di grande importanza da compiere durante l'esecuzione di un tracciato cardiocografico è la determinazione e la distinzione della frequenza cardiaca materna (FCM) da quella fetale (FCF). Questo semplice accorgimento è sufficiente per individuare artefatti della frequenza cardiaca che si possono sviluppare durante la registrazione cardiocografica nel secondo stadio del travaglio.

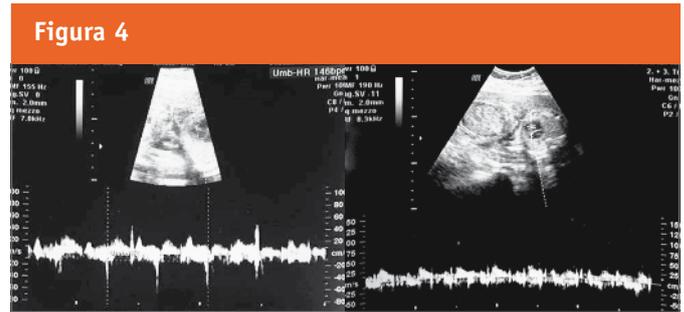
Il battito cardiaco fetale è un segnale debole in un ambiente rumoroso. Le accelerazioni e le decelerazioni sono fedelmente riprodotte, mentre per il segnale FHR, è necessaria una elaborazione perché questo venga visualizzato correttamente. La MHR normalmente risponde alle contrazioni uterine in travaglio di parto con un aumento della frequenza cardiaca dovuto all'aumento della gittata cardiaca materna e alla secrezione di catecolamine.

Nelson *et al.* in un lavoro del 2008 ha descritto chiaramente le conseguenze della confusione MHR/FHR illustrando un particolare caso in cui il tracciato cardiocografico aveva mostrato persistenti accelerazioni della FHR durante la seconda fase del travaglio di parto. Tali accelerazioni, non correttamente interpretate, provocarono una natimortalità.

Sembra esserci una crescente attenzione sulla confusione FHR /MHR. Le ultime raccomandazioni per ridurre il rischio di errori che si verificano durante il monitoraggio FHR continuo prevedono:

- la conferma della vita fetale prima di usare il monitoraggio attraverso lo stetoscopio ostetrico, il Doppler e l'ecografia;
- la conferma che il segnale corrisponda alla frequenza cardiaca fetale in particolare se si notano improvvisi cambiamenti della FCF;
- eventuale monitoraggio della frequenza cardiaca materna;
- l'applicazione di un elettrodo sullo scalp fetale in caso di sospetta sovrapposizione delle frequenze cardiache. L'assenza dell'onda "P" è un indicatore importante per differenziare la MHR dalla FHR

Recenti studi hanno confermato come la confusione tra frequenza cardiaca fetale e materna rappresenti uno degli errori più frequenti nel monitoraggio dell'FHR.



Una errata interpretazione del tracciato FHR può, potenzialmente, portare a imprevisti esiti avversi attribuibili all'ambiguità del segnale riscontrato. Pertanto, è fortemente raccomandato l'uso routinario del monitoraggio simultaneo della frequenza cardiaca materna e fetale per le gravide sottoposte a EFM durante il travaglio di parto, soprattutto durante il secondo stadio.

### Confusione/sovrapposizione tra i BCF fetali nelle gravidanze multiple

La gravidanza multipla è per definizione una gravidanza a rischio con caratteristiche di morbilità che variano in relazione al numero dei feti, alla corionicità e all'amnionicità. Da questa premessa nasce la specificità nella gestione clinica di questa tipologia di gravidanza.

Il monitoraggio cardiocografico durante la gravidanza, così come la Doppler flussimetria dell'arteria ombelicale in pazienti con gravidanza BCBA non complicata, non si associa ad alcun miglioramento dell'esito. Pertanto, la sorveglianza è riservata ai casi che presentano complicanze materne o fetali che richiedano tali interventi come il ritardo di crescita intrauterino. In caso di gravidanza MCBA il monitoraggio *ante partum* è raccomandato dopo la 36<sup>a</sup> settimana, se il parto avviene oltre quest'epoca.

La gravidanza MCMA è associata a un elevatissimo rischio di mortalità legato alla quasi costante presenza dell'attorcigliamento dei cordoni; il monitoraggio ostetrico deve essere intensificato a partire dalla 28<sup>a</sup>-30<sup>a</sup> settimana con somministrazione di corticosteroidi in previsione del parto da programmare tra la 32<sup>a</sup> settimana e la 34<sup>a</sup> settimana.

Sebbene in molti centri sia prevista l'ospedalizzazione per questa tipologia di gravidanza, con monitoraggio cardiocografico quotidiano e controlli ravvicinati della crescita fetale, a tutt'oggi il trattamento ottimale non è ancora del tutto chiaro. Va comunque ricordato che il monitoraggio cardiocografico, sebbene ripetuto, non ha valore predittivo nell'insorgenza di un evento acuto.

Il monitoraggio cardiocografico nelle gravidanze gemellari presenta numerosi problemi tecnici. In determinate condizioni, soprattutto in caso di obesità materna, la localizzazione dei trasduttori sul dorso fetale non è sempre agevole e, pertanto, il segnale non sempre analizzabile.

Anche il rischio di sovrapposizioni dei battiti cardiaci fetali, soprattutto durante il travaglio di parto, rappresenta uno dei problemi di gestione e controllo delle gravidanze gemellari, soprattutto se si tratta di una gravidanza con *polidramnios*.

La possibilità di registrazione cardiocografica simultanea della FHR nei gemelli riduce il rischio di sovrapposizione dei battiti cardiaci fetali nonché il tempo di registrazione del tracciato e il disagio materno da prolungata posizione poco confortevole.

Anche le frequenti perdite di segnale e il rischio di confusione con il battito cardiaco materno rappresentano un limite all'interpretazione del tracciato cardiocografico soprattutto durante il travaglio di parto.

Per registrare la frequenza cardiaca fetale, se non è possibile rilevare un buon segnale utilizzando il monitor esterno, occasionalmente e in assenza di controindicazioni è possibile utilizzare il monitoraggio interno con l'applicazione di un piccolo elettrodo, inserito attraverso la vagina, e posizionato sul cuoio capelluto del bambino. Tale metodica consente una precisa registrazione della FHR e una sorveglianza accurata per la valutazione del benessere fetale. L'ecografia può essere utilizzata sia per individuare con precisione la sede di localizzazione dei trasduttori che per verificare che i gemelli siano realmente monitorati indipendentemente.

## Monitoraggio durante il parto vaginale operativo

Il feto è in grado di adattarsi all'ipossiemia utilizzando, inizialmente, un meccanismo di compenso cardiovascolare che aumenta il flusso sanguigno verso gli organi più importanti quali cervello, cuore e surreni e, successivamente, attraverso un meccanismo di compenso metabolico. L'asfissia si determina, con possibilità di danno neurologico, quando questi meccanismi compensatori sono insufficienti. La CTG *intrapartum* dovrebbe individuare quei feti a rischio di ipossia/acidosi, permettere un successivo adeguato intervento e aumentare la probabilità di esiti perinatali favorevoli.

Il parto vaginale operativo, a causa degli effetti meccanici sulla testa del feto, può causare anomalie del tracciato cardiocografico sia per la vigorosa stimolazione che per l'aumento della pressione intracranica. Le anomalie cardiocografiche più frequentemente riscontrate sono la tachicardia fetale, le decelerazioni mediate da chemo/barocettori e i *pattern* saltatori. L'aumento della FHR basale durante l'applicazione del *vacuum extractor* è, probabilmente, secondario al dolore, alla pressione e alla iperattività del sistema simpatico. Il *pattern* saltatorio è più frequentemente associato all'utilizzo del forcipe e si verifica in seguito alla secondaria pressione intracranica. L'utilizzo della CTG in continuo in travaglio è più controverso nelle donne a basso rischio, sebbene sia diventato uno standard di cura in molti Paesi. La lettura visiva di segnali generati continuamente dal cuore fetale è soggetta a carenze interpretative.

La revisione di casi con esito sfavorevole dimostra ripetutamente che tracciati CTG anomali sono stati misinterpretati e conseguentemente gestiti in modo inappropriato.

## Conclusioni

La cardiocografia rappresenta ad oggi la metodica universalmente riconosciuta e più utilizzata per il monitoraggio del benessere fetale in travaglio di parto.

Tuttavia, nonostante il continuo aggiornamento delle linee guida per la corretta interpretazione dei tracciati cardiocografici, essa rappresenta una delle cause più frequenti di contenzioso medico-legale.

Nella comunità scientifica internazionale c'è grande dibattito sulla reale efficacia prognostica e diagnostica della metodica e soprattutto sulle modalità di effettuazione dell'esame in quanto il monitoraggio cardiocografico non può, da solo, sostituire l'osservazione, la continua assistenza e il buon giudizio clinico.

Fin dalla sua introduzione nella pratica clinica, l'interpretazione del tracciato cardiocografico si è basata sul sistema del "*pattern recognition*". Questo approccio, oltre a essere influenzato dalla variabilità soggettiva nella lettura del tracciato, ha portato a considerare come patologici tutti i tracciati in cui le caratteristiche della frequenza cardiaca fetale fossero diverse da quelle più comunemente osservate nei neonati ben ossigenati. Il risultato negli anni è stato un drammatico incremento di parti operativi e tagli cesarei senza miglioramenti sostanziali degli esiti perinatali.

Nonostante le sue limitazioni, la maggior parte degli esperti ritiene che la cardiocografia in continuo debba essere presa in considerazione in tutte quelle situazioni in cui vi sia un aumento di rischio d'ipossia/acidosi dovuto a:

- condizioni di salute materna (come emorragia vaginale o ipertermia);
- anomalie della crescita intrauterina;
- analgesia epidurale;
- liquido amniotico tinto di meconio;
- possibilità di eccessiva attività uterina (induzione del travaglio o accelerazione con ossitocina);
- quando si riscontrano anomalie durante l'ascoltazione intermittente della FC fetale.

La cardiocografia e le altre metodiche di semeiotica fetale, come la biometria fetale ultrasonografica, lo studio del comportamento fetale e la Doppler-flussimetria del distretto vascolare materno-fetale consentono di ottenere la conferma dello stato di benessere del feto e di individuare precoci alterazioni di tale condizione, allo scopo di attuare interventi ostetrici tempestivi, che assicurino una riduzione significativa della morbilità e della mortalità perinatale.

La sentenza della Cassazione III civile n. 6318 del 16 maggio 2000 ha affermato che: "*il monitoraggio della FCF antepartum e in travaglio di parto è una fonte di informazione essenziale nella diagnosi precoce di sofferenza fetale utilizzabile come prova giuridica*".

Pertanto, occorre considerare ed escludere la presenza di fattori che possono alterare le variabili cardiocografiche e correggere tali fattori quando possibile tenendo ben presente che il battito cardiaco fetale è sensibile all'ipossiemia/ipossia ma manca di specificità per lo sviluppo di acidosi; che numerosi fattori possono influen-

## Consiglio regionale: in Puglia vaccini obbligatori per i sanitari

In Puglia scatterà l'obbligo vaccinale a carico degli operatori sanitari. Lo ha deciso il Consiglio regionale pugliese approvando a maggioranza una proposta di legge, avanzata da Forza Italia, che impone come requisito di idoneità lavorativa nelle strutture sanitarie l'aver assolto gli obblighi vaccinali, incluse le vaccinazioni raccomandate per soggetti a rischio per esposizione professionale. La Puglia è così la seconda Regione in Italia, dopo l'Emilia-Romagna, a dotarsi di una normativa che dispone l'obbligo di vaccinazione per medici e infermieri, volontari e quanti sono a contatto quotidianamente con pazienti ospedalizzati. L'immunizzazione attiva (anti-epatite B, anti-influenzale, anti-morbillo, parotite, rosolia, anti-varicella, anti-pertosse) del singolo operatore rivestirà, secondo gli intenti della legge presentata, un ruolo di garanzia anche nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni. Come ricordato già la Regione Emilia Romagna ha adottato lo stesso provvedimento legislativo con il quale si prevede che medico, infermieri e ostetriche debbano essere immuni nei confronti di morbillo, parotite, rosolia e varicella per poter lavorare in alcune UU.OO. considerate più a rischio di infezioni di altre (ematologia, oncologia, neonatologia, pediatria, ostetricia, malattie infettive, Pronto soccorso e Centri trapianti.

zare le variabili cardiocografiche e "mimare" alterazioni su base ipossica e che l'ipossia non è l'unica causa responsabile del danno neurologico fetale.

Un fattore che influenza l'affidabilità della cardiocografia su ampia scala è rappresentato dalla non univocità nell'interpretazione dei risultati. Numerosi studi hanno documentato variazioni significative intra e inter osservatore, anche quando i tracciati venivano interpretati da esperti del monitoraggio elettronico fetale.

L'addestramento e la formazione continua del personale ostetrico è la strategia più utile per ridurre gli errori di interpretazione, per individuare gli artefatti e per prevenire gli errori.

## Bibliografia e sitografia

- Royal College of Obstetricians Gynaecologists, 2001 (ACOG)
- Low JA *Intrapartum Fetal Surveillance. Is It Worthwhile?* Obstet Gynecol I Clin North Am 1999
- Royal College of Obstetricians Gynaecologists, 2004
- Confidential Enquiry into Stillbirths and Death in Infancy
- Wood C, Renou P, Oats J, Farrell E, Beischer N, Anderson I. *A controlled trial of fetal heart rate monitoring in a low-risk obstetric population.* Am J Obstet Gynecol 1981;141:527-34
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. *Guidelines for the use of fetal monitoring.* Int J Gynaecol Obstet 1987;25:159-67
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *Fetal Health Surveillance in Labour: Executive Summary.* SOGC Policy Statement no. 41. Ottawa: SOGC; 1995
- NHS Litigation Authority. *Ten years maternity claims analysis of NHS Litigation Authority Data.* 2012
- Ayres-de-Campos D, Spong CY, Chandraran E. *FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: cardiocography.* Int J Gynecol Obstet 2015;131:13-24
- Clark SL, Hamilton E, Garite TJ et al. *The limits of electronic fetal heart rate monitoring in the prevention of neonatal metabolic acidemia.* Am J Obstet Gynecol 2017;216:163.e1-163.e6
- Nurani R, Chandraran E, Lowe V et al. *Misidentification of maternal heart rate as fetal on cardiocography during the second stage of labour: the role of the fetal electrocardiograph.* Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:1428-32
- British Journal of Midwifery July 2010 Vol 18, No 7
- Jezewski J, Wrobel J, Horoba K (2006) *Comparison of Doppler Ultrasound and Direct Electrocardiograph Acquisition Techniques for Quantification of Fetal Heart Rate Variability.* IEEE Transactions on Biomedical Engineering 53(5): 45-54
- Neilson D, Freeman R, Mangan S (2008) *Signal ambiguity resulting in unexpected outcome with external fetal heart rate monitoring.* Am Journal of Obstet Gynecology 198(6): 717-24
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007) *Intrapartum Care.* <http://guidance.nice.org.uk/CG55/Guidance/pdf/English> (accessed 21 April 2010)
- Sherer D, Dalloul M, Pierre N (2005) *Intrapartum Repetitive Maternal Heart Rate Deceleration Pattern Stimulating Nonreassuring Fetal Status.* Am J Perinatol 22(3): 165-7
- Stephanie Paquette, MD, Felipe Moretti, MD, Kelli O'Reilly, BSc, Zachary M. Ferraro, PhD, Lawrence Oppenheimer *The Incidence of Maternal Artefact During Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring* J Obstet Gynaecol Can 2014;36(11):962-968
- Nageotte MP. *Avoiding 5 common mistakes in FHR monitoring.* Contemp Ob Gyn 2007;52(5):50-5
- ACOG & SMFM. *ACOG Practice Bulletin No. 144: Multifetal gestations: twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies.* Obstet Gynecol. 2014;123(5):1118-32.
- Baxi LV, Walsh CA. *Monoamniotic twins in contemporary practice: a single-center study of perinatal outcomes.* J Matern Fetal Neonatal Med. 2010; 23(6):506-10.
- Ezra Y, et al. *Intensive management and early delivery reduce antenatal mortality in monoamniotic twin pregnancies.* Acta Obstet Gynecol Scand. 2005; 84(5):432-5.
- G. Straface et al. *Monitoraggio fetale intrapartum Riv. It. Ost. Gin. - 2011 - Num. 31 pag. 349*
- Xie, Wanyng et al. *Fetal heart rate changes observed on the CTG trace during instrumental vaginal delivery* The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 30 Aug 2017, Published online: 10 Sep 2017
- Società Lombarda di Ostetricia e Ginecologia (SLOG) 2016

# Comparazione tra alimentazione precoce e tardiva nelle puerpere da taglio cesareo

## Una revisione narrativa



### **Autori**

**Anna Maria Gagliardi**  
*Policlinico Casilino, Roma*  
*Laurea Magistrale in Scienze*  
*Infermieristiche e Ostetriche*



**Francesco Gravante**  
*ASL PO Aversa "G.Moscati"*  
*Laurea Magistrale in Scienze*  
*Infermieristiche e Ostetriche*



**Andrea Lombardi**  
*ASL RM2, PO Sant'Eugenio*  
*Laurea Magistrale in Scienze*  
*Infermieristiche e Ostetriche*

## Introduzione

Il taglio cesareo è l'intervento che permette, attraverso l'incisione della parete addominale e della parete uterina, l'estrazione del feto. Fino agli anni '80 veniva solitamente praticato in anestesia generale, oggi nella maggior parte dei casi viene eseguito in anestesia spinale per permettere alla donna di essere sveglia durante la nascita [1].

La frequenza del taglio cesareo nei Paesi industrializzati ha da anni un andamento in ascesa. In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% nel 1980 al 34,1% nel 2015 [2]. Dato il numero sempre crescente di tagli cesarei è importante porre molta attenzione alla fase postoperatoria, in particolare per quanto riguarda l'idratazione e la nutrizione, che costituiscono elementi fondamentali per una precoce ripresa della paziente. Tradizionalmente, alle pazienti non vengono dati né fluidi né liquidi fino a che non si ha la comparsa dei normali segni di ripresa della funzionalità intestinale, tra i più comuni presenza di movimenti intestinali, passaggio dell'aria o feci o la sensazione di fame [3]. La motivazione del digiuno postoperatorio prolungato è quella di prevenire la comparsa di ileo post operatorio, vomito e nausea, distensione addominale e altre complicanze [4]. Molti studi hanno dimostrato che l'alimentazione precoce è sicura così come

l'approccio tradizionale [5], ma l'alimentazione precoce può ridurre la perdita delle proteine, ridurre i tempi di ripresa della funzionalità intestinale, ha un effetto positivo sullo stato psicologico, riduce l'incidenza delle infezioni nosocomiali, il tempo di permanenza in ospedale e i costi dei trattamenti [6].

Nonostante le numerose evidenze sull'argomento ci sono pochi protocolli standardizzati per uniformare la buona pratica clinica. Inoltre, il taglio cesareo include una minima manipolazione a livello intestinale, un tasso basso di peritoniti e un tempo di intervento molto basso rispetto agli interventi di chirurgia maggiore [7]. Questo lavoro potrebbe fornire maggiori conoscenze sull'argomento al fine di poter sviluppare un comportamento uniforme da parte degli operatori sanitari. Altro elemento a favore della precoce ripresa dell'alimentazione precoce sono le caratteristiche dell'intervento chirurgico e delle caratteristiche della popolazione. Le donne che si sottopongono all'intervento, infatti, sono spesso giovani, in buona salute e nella maggior parte dei casi con un'indicazione ostetrica al taglio cesareo e non per problemi di salute materni. L'obiettivo di questo studio è quello di comparare i rischi e benefici tra l'alimentazione precoce e ritardata nelle donne sottoposte a taglio cesareo.

## Materiali e metodi

Lo studio si basa su una revisione narrativa della letteratura, sono state interrogate le seguenti banche dati: Pubmed (fino al 31 dicembre 2017), Embase (fino al 31 dicembre 2017), Cochrane (fino al 31 dicembre 2017) e Cinhal (fino al 31 dicembre 2017). Il processo di inclusione degli articoli è stato implementato secondo il modello Prisma Statement, fino ad arrivare a una sintesi qualitativa. Il campione scelto è consequenziale. L'ultima interrogazione delle banche dati è effettuata il 20 gennaio 2018.

### PICO

La domanda di ricerca è stata sviluppata secondo il PICO di seguito riportato:

- P** Puerpera da taglio cesareo nelle prime 24 ore della fase postoperatoria, in cui non siano presenti complicanze postoperatorie e/o gravidiche;
- I** Ripresa alimentazione precoce, liquida, semisolida, solida;
- C** Alimentazione tardiva (metodo standard);
- O** Riduzione tempo di permanenza in ospedale, ripresa motilità intestinale, comparsa di nausea e vomito, ileo postoperatorio, riduzione spesa sanitaria.

Sviluppando la seguente domanda di ricerca: "Quali tra i seguenti approcci di ripresa dell'alimentazione, precoce o tardiva, è più efficace per migliorare la ripresa nel postoperatorio nelle puerpere sottoposte a taglio cesareo con anestesia spinale?"

### Strategia di ricerca

Le parole chiave utilizzate sono state *mesh terms*: "early oral feeding" AND "cesarean section".

### Variabili

Le variabili indagate nella seguente revisione sono:

- nausea: tempo d'insorgenza;
- vomito: numero di episodi;
- ileo post-operatorio: comparsa o meno;
- aria: comparsa di aria nell'intestino;
- ospedalizzazione: giorni di ricovero.

### Criteri d'inclusione/esclusione

Popolazione: la revisione prende in considerazione tutti gli studi che includono pazienti gravide sottoposte a taglio cesareo con anestesia spinale; assenza di complicanze

## RIASSUNTO

### Introduzione

Il taglio cesareo è l'intervento che permette attraverso l'incisione della parete addominale e della parete uterina l'estrazione del feto. Tradizionalmente, alle pazienti non vengono dati né fluidi né liquidi fino a che non si ha la comparsa dei normali segni di ripresa della funzionalità intestinale, tra i più comuni presenza di movimenti intestinali, passaggio dell'aria o feci o la sensazione di fame.

### Obiettivo

Valutare la tempistica migliore per la ripresa dell'alimentazione dopo l'intervento di taglio cesareo, mettendo in relazione il tempo di alimentazione e la possibile comparsa di complicanze postoperatorie.

### Materiali e metodi

Sono state interrogate quattro banche dati (Medline, Cinhal, Cochrane ed Emabase), per ricercare gli articoli che comparano l'alimentazione precoce e tardiva dopo il taglio cesareo. Gli *outcome* primari valutati sono stati la motilità intestinale, la possibile comparsa di nausea o vomito postoperatori, il tempo di permanenza in ospedale.

### Risultati

Otto RCT sono stati valutati nella revisione e tutti evidenziano che l'alimentazione precoce è associata a un recupero migliore nel postoperatorio. Tutti gli *outcome* valutati raggiungono dei livelli maggiori se associati a un'alimentazione precoce.

### Conclusioni

L'alimentazione precoce nelle donne sottoposte a taglio cesareo migliora la fase postoperatoria limitando le complicanze postoperatorie.

### Parole chiave

Alimentazione precoce e taglio cesareo.

## ABSTRACT

### Introduction

Caesarean section is the intervention that allows the extraction of the fetus through the incision of the abdominal wall and of the uterine wall. Traditionally, patients are not given fluids until they have the appearance of normal signs of recovery of intestinal function, among the most common presence of intestinal movements, air passage or stool or the feeling of hunger.

### Objective

To evaluate the best timing for the recovery of the feeding after the caesarean section, by relating the feeding time and the possible appearance of postoperative complications.

### Materials and methods

Four databases were consulted (Medline, Cinhal, Cochrane and Emabase), to search for articles comparing early and late feeding after caesarean section. The primary outcomes evaluated were intestinal motility, the possible occurrence of postoperative nausea or vomiting, the time spent in hospital.

### Results

Eight RCTs were evaluated in the review, and all show that early feeding is associated with improved recovery in the postoperative period. All evaluated outcomes reach higher levels if associated with early feeding.

### Conclusion

Early feeding in women undergoing caesarean section improves the postoperative phase by limiting postoperative complications.

### Keywords

Early oral feeding and caesarean section.

Tabella 1

Autore/ Anno	Paese	Tipologia di studio	Numero di pazienti alimenta- zione precoce	Numero di pazienti alimenta- zione tardiva	Timer alimentazione precoce dell'intervento	Timer alimentazione ritardata dell'intervento	Variabili indagate	Principali risultati	Scale utilizzate	
Masood <i>et al.</i> / 2008	Pakistan	RCT	587	587	4 ore	18 ore	Mobilizzazione materna <sup>1</sup> , funzionalità gastrointestina- le, tempo di permanenza in ospedale <sup>2</sup>	L'alimentazione precoce materna ha effetti sulla mobilizzazione precoce <sup>1</sup> , sul grado di soddisfazione materna e riduce i tempi di permanenza in ospedale <sup>2</sup>	VAS per la valutazione della soddisfazione, dati inseriti in cartella attraverso un questionario strutturato <i>ad hoc</i>	1
Izibizky GH <i>et al.</i> / 2007	Argentina	RCT	103	97	8 ore	24 ore	Soddisfazione materna <sup>3</sup> , dolore post operatorio, distensione addominale, nausea e vomito, ripresa motilità intestinale	La soddisfazione delle donne <sup>3</sup> è simile nei due gruppi, una differenza statisticamente significativa è stata ritrovata nel dolore maggiore nel gruppo ritardato	VAS per la valutazione della soddisfazione materna, altri dati inseriti in cartella	2
Jalilian N <i>et al.</i> / 2014	Iran	RCT	70	70	2 ore	8 ore	Permanenza in ospedale, movimenti intestinali <sup>4</sup> , prima defecazione, nausea, vomito	La ripresa della motilità intestinale <sup>4</sup> è minore nel gruppo precoce, così come il tempo della mobilizzazione	Dati inseriti in cartella	3
Barat S <i>et al.</i> / 2013	Iran	RCT	101	99	Liquidi subito dopo l'intervento/ cibi solidi dopo 2 ore	Cibi liquidi dopo 8 ore	Passaggio dell'aria <sup>5</sup> , prima defecazione, permanenza in ospedale, inizio di una dieta regolare, livello di soddisfazione del paziente	La differenza della ripresa dell'attività intestinale tra gruppo precoce <sup>5</sup> e quello ritardato è statisticamente significativa	VAS per la valutazione della soddisfazione post operatoria, gli altri dati annotati sulla cartella dagli infermieri	4
Saad A <i>et al.</i> / 2015	Texas	RCT	85	82	Alimentazione normale entro 6 ore dall'intervento	Liquidi chiari a 12 ore dalla fine dell'intervento	Passaggio dell'aria <sup>5</sup> , movimenti intestinali, nausea vomito, permanenza in ospedale	Il tempo del passaggio dell'aria è inferiore nel gruppo precoce ma non statisticamente significativo <sup>5</sup>	Dati inseriti sulla cartella	5
Metha S <i>et al.</i> / 2010	India	RCT	100	100	Acqua dopo 4 ore dall'intervento	Alimentazione dopo la ripresa dalla funzionalità intestinale	Nausea e vomito <sup>6</sup> , ripresa motilità <sup>4</sup> intestinale, passaggio di aria o feci, soddisfazione del paziente	Nel gruppo precoce la ripresa della motilità intestinale <sup>4</sup> è precoce, la permanenza del gruppo precoce è inferiore, la presenza di nausea e vomito è comparabile nei due gruppi <sup>6</sup>	VAS per la valutazione della soddisfazione del paziente, altri dati annotati in cartella	6
Patolia DS <i>et al.</i> / 2001	Texas	RCT	60	60	8 ore dopo l'intervento	Dopo 12-24 ore	Ileo postoperatorio, tempo di permanenza in ospedale, ripresa motilità intestinale <sup>4</sup>	Il gruppo precoce ha una ripresa più rapida dell'attività intestinale <sup>4</sup> , minor tempo di ospedalizzazione	Dati inseriti in cartella	7
Teoh W/ 2007	Singapore	RCT	98	98	30 minuti dopo l'intervento	2 ore dopo l'intervento	Mobilizzazione precoce <sup>4</sup> , nausea, tempo della prima canalizzazione, ileo post operatorio	La ripresa dell'attività intestinale è più rapida nei pazienti con alimentazione precoce <sup>4</sup> . La soddisfazione è maggiore nelle donne del gruppo precoce	Dati inseriti in cartella, intervista telefonica a ogni paziente. VAS per la soddisfazione	8

intraoperatorie, assenza di terapia con solfato di magnesio, non utilizzo di farmaci procinetici nella fase post operatoria, presenza di disturbi gastrointestinali preoperatori, comparare l'alimentazione precoce e tardiva dopo taglio cesareo.

Tipo d'intervento/comparazione: questa revisione ha preso in considerazione tutti gli studi che descrivono la comparazione tra l'alimentazione precoce e tardiva dopo il taglio cesareo.

Outcome: motilità gastrointestinale (passaggio dell'aria, rumori intestinali); valutazione delle complicanze postoperatorie (comparsa di nausea, vomita, ileo post-operatorio); valutazione della soddisfazione del paziente misurata con la scala analogica VAS 0-100; riduzione dell'ospedalizzazione, aumento del comfort per la paziente.

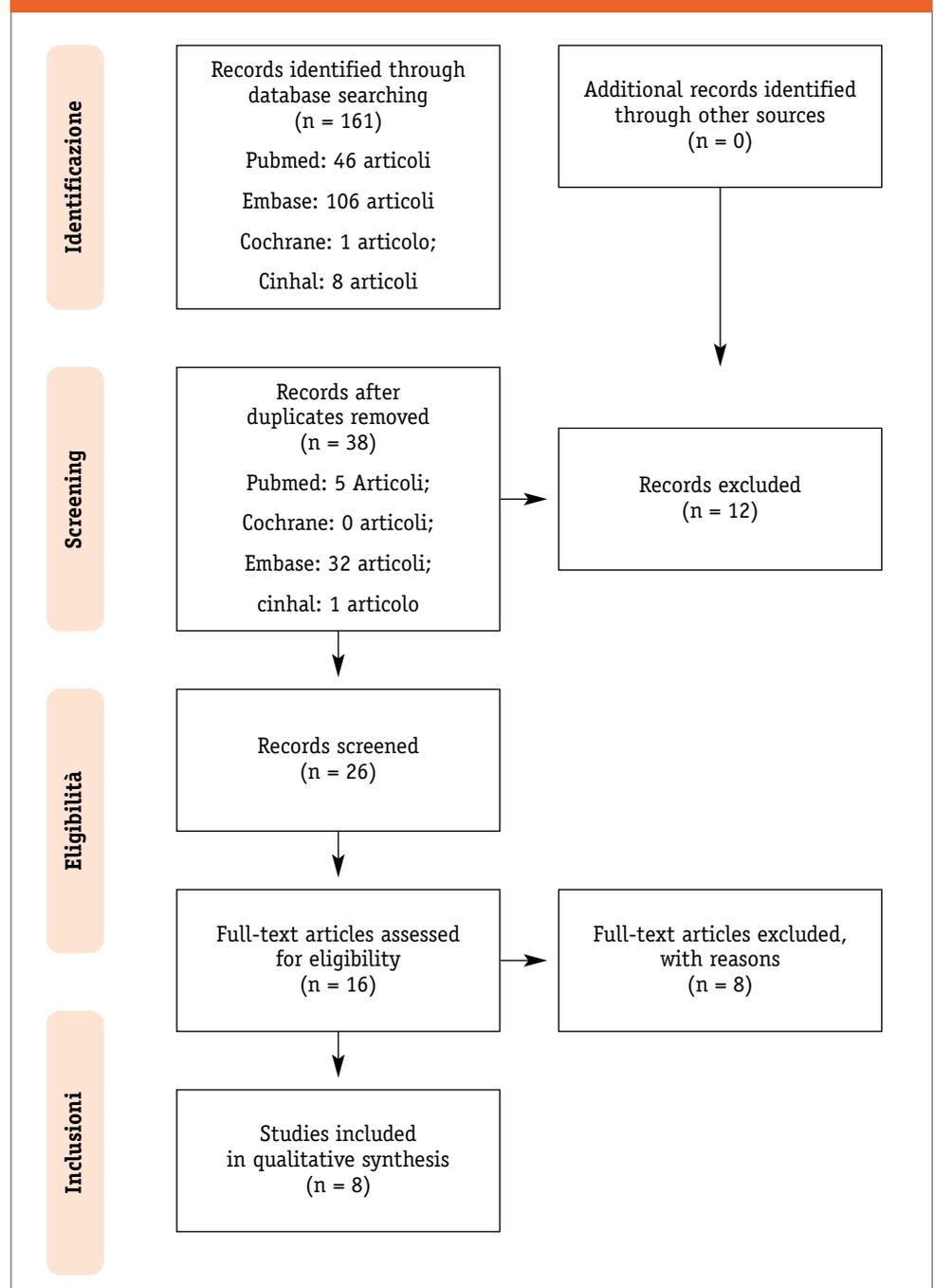
Criteri di esclusione: Puerpere con complicanze postoperatorie che hanno eseguito il taglio cesareo in anestesia generale, con disturbi gastrointestinali, in terapia postintervento come con solfato di magnesio, pazienti in cui siano stati utilizzati farmaci procinetici, pazienti con gravidanza ad alto rischio.

Tipi studi: in questa revisione sono stati presi in considerazione studi RCT, trials controllati non randomizzati, studi quasi-sperimentali. Ci siamo riservati la possibilità di includere studi *before and after*, studi di coorte prospettici e retrospettivi, studi caso controllo e studi analitici *cross sectional* se appropriati per l'inclusione.

#### Estrazione dati

I dati utili per la revisione sono stati estratti dall'articolo completo: Autore, Anno/Paese, Tipologia di Studio, Numero di Pazienti, Tempo di alimentazione Precoce, Tempo di alimentazione Tardiva, Variabili indagate, Scale utilizzati, Principali risultati come riassunto nella Tabella estrapolazione dati (Tabella 1).

Figura 1. PRISMA 2009 Flow Diagram



## Risultati

Utilizzando la nostra stringa di ricerca e applicando criteri di inclusione ed esclusione si è arrivati al reperimento di otto articoli (Figura 1) che presentano il medesimo quesito di ricerca, ovvero la comparazione tra alimentazione precoce e tardiva. Lo studio di Masood che ha analizzato un campione di 1.174 donne ha evidenziato che non ci sono differenze significative di complicanze gastrointestinali tra i due gruppi, mentre si evidenzia invece una riduzione della fame e un aumento del livello di soddisfazione materna nel gruppo con alimentazione precoce ( $P < 0,05$ ) e il 53,8 % delle donne del gruppo



precoce erano in grado di camminare solo dopo 15 ore dall'intervento [8]. Nello studio di Jalilian N che ha analizzato un campione di 140 donne è stata evidenziata una notevole riduzione del tempo di ripresa della motilità intestinale ( $7,8 \pm 2,9$  vs  $11,7 \pm 5$  h  $P < 0,0001$ ) e del tempo di mobilizzazione ( $10,7 \pm 7,7$  vs  $13,5 \pm 5,9$  h,  $P = 0,015$ ) nel gruppo con alimentazione precoce [9]. Barat S, che ha analizzato un campione di 200 donne nella valutazione del passaggio della prima aria nel tratto intestinale, ha evidenziato una differenza statisticamente significativa: infatti nelle donne con alimentazione precoce il tempo era  $10,2 \pm 1,7$  ore nel gruppo di controllo invece  $10,7 \pm 1,6$ ,  $P = 0,03$ . Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra il tempo di permanenza in ospedale e il tempo della prima defecazione [10]. Saad A ha analizzato un campione di 177 donne, in cui è stata evidenziata una riduzione del tempo del passaggio dell'aria e dei suoni intestinali e non c'è una differenza significativa tra il tempo di permanenza, nausea e vomito [11]. Mehta S con un campione di 200 donne ha osservato che nelle donne con alimentazione precoce il tempo di comparsa dei rumori intestinali era inferiore ( $7,8 \pm 1,4$  h vs  $14,7 \pm 2,1$  h,  $P < 0,001$ ), la prima defecazione ( $42,3 \pm 6,7$  h vs  $69,4 \pm 7,3$  h,  $P < 0,001$ ), il tempo di ospedalizzazione ( $59 \pm 7,3$  vs  $88 \pm 9,5$  h,  $P < 0,001$ ), la presenza di nausea e vomito risulta essere perfettamente paragonabile tra i due gruppi, la soddisfazione invece delle pazienti è maggiore in quelle del gruppo precoce ( $89,6 \pm 6,1$  vs  $49,7 \pm 7,5$ ) [12]. Patolia D analizzando un campione di 120 donne ha riscontrato che non c'è un aumento dell'incidenza dell'ileo postoperatorio nei due gruppi, ma nelle donne con alimentazione precoce si evidenzia una diminuzione della permanenza in ospedale ( $49,5 \pm 12,7$  h vs  $75,0 \pm 12,3$  h) e una riduzione dei tempi di ripresa dell'attività intestinale ( $34,5$  h vs  $51$  h) [13]. Teoh W che ha preso in considerazione un campione di 196 donne ha valutato le seguenti caratteristiche, precoce mobilizzazione ( $23,1 \pm 6,8$  vs  $27,4 \pm 7,8$  h), non ha evidenziato una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi per quanto riguarda la presenza dei suoni intestinali ( $90,8\%$  vs  $95,9\%$ ) e di tempo di permanenza in ospedale

( $68$  h vs  $69,4$  h  $P > 0,05$ ) [14]. Izbisky GH, con un campione di 200 donne ha valutato la soddisfazione delle pazienti che risulta simile nei due gruppi ( $73 \pm 17$  mm nel gruppo con alimentazione ritardata,  $77 \pm 13$  nel gruppo precoce), una differenza statisticamente significativa invece è stata valutata nel dolore post operatorio ( $24 \pm 11$  vs  $29 \pm 13$   $P = 0,008$ ) [15]. Non è possibile eseguire una comparazione tra i vari studi, in quanto utilizzano protocolli differenti di reintroduzione dell'alimentazione.

## Discussione

L'obiettivo della revisione è quello di valutare il tempo di ripresa dell'alimentazione nelle donne che si sottopongono a intervento di taglio cesareo con anestesia spinale che non abbiano complicanze postoperatorie. Convenzionalmente ai pazienti è permesso mangiare dopo 24 ore dalla chirurgia generale, con un regime alimentare equilibrato che consiste inizialmente nell'introduzione dei liquidi poi semisolidi e infine solidi. Molti studi hanno evidenziato che nei trattamenti di laparoscopia è possibile reintrodurre un'alimentazione solida da subito perché vi è un minimo coinvolgimento a livello intestinale durante la procedura. Siccome anche durante l'intervento di taglio cesareo il coinvolgimento intestinale è praticamente minimo si è pensato di estendere questo concetto anche alle puerpere da taglio cesareo, che generalmente sono pazienti giovani, in cui l'intervento viene fatto in anestesia spinale [16]. L'alimentazione precoce materna ha effetti sulla mobilizzazione precoce, sul grado di soddisfazione materna e riduce i tempi di permanenza in ospedale [17] così come evidenziato dall'RCT di Masood che ha la numerosità campionaria più alta e una descrizione più dettagliata del campione, inoltre è anche l'unico che esegue il *follow-up* sulle pazienti misurando la soddisfazione delle stesse. La ripresa dell'attività intestinale è più rapida nei pazienti con alimentazione precoce come evidenziato da Theo *et al.* che ha inoltre tra i suoi punti di forza la cecità degli operatori e una descrizione della randomizzazione ma non esegue il *follow-up* delle pazienti.

In questo studio è stato visto che la presenza di nausea e vomito è comparabile nei due gruppi [12]. Questa conclusione arriva in uno studio dove è pienamente descritta la randomizzazione ma è uno studio non in cieco e non viene eseguito il *follow-up*. Dall'analisi dei dati è possibile evidenziare come nei pazienti che ricevono una alimentazione precoce non si registra un aumento delle complicanze ma anzi al contrario come evidenziato nello studio di Muayim *et al.* le donne che ricevono un'alimentazione precoce hanno una più precoce ripresa dell'attività intestinale rispetto alle donne con alimentazione ritardata. Allo stesso modo anche il tempo di ospedalizzazione è minore [18]. L'alimentazione precoce è importante per la salute delle pazienti e per i costi della sanità, perché con ciò è possibile ridurre l'intervallo della ripresa delle normali funzionalità intestinali riducendo le complicanze postoperatorie. Non è possibile analizzare con esattezza quale sia il momento migliore per la ripresa dell'alimentazione orale delle pazienti, ma nella maggior parte degli studi il tempo considerato è inferiore a 6 ore. Nello studio di Theo *et al.* [19] le donne con alimentazione precoce possono mangiare dopo soli 30 minuti dall'intervento chirurgico, senza registrare un aumento delle complicanze note.

## Conclusioni

Alla luce di tutti i dati è possibile evidenziare che l'alimentazione precoce non aumenta il rischio delle complicanze postoperatorie, ma anzi è raccomandata in quanto favorisce una maggiore soddisfazione delle pazienti, favorendo una buona ripresa delle normali funzioni intestinali, e inoltre viene associata a un miglioramento del processo di umanizzazione del parto. Ovviamente ci sono varie limitazioni negli studi analizzati: infatti, nessuno studio ha una doppia cecità, inoltre non c'è un protocollo eterogeneo per quanto riguarda l'alimentazione nei vari studi e infatti vengono presi in considerazione diversi tipi di dieta e tempi di alimentazione. Riteniamo alla luce degli studi analizzati che siano necessari ulteriori studi per confermare i dati a disposizione.

## Sitigrafia

- [1] [www.epicentro.iss.it/temi/materno/pdf/LG\\_Cesareo\\_finaleL.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/materno/pdf/LG_Cesareo_finaleL.pdf)

## Bibliografia

- [2] ISTAT. Istituto nazionale di statistica. Annuario di statistiche demografiche. Roma, 1980  
 [3] Bisgaard T, Kehlet H. Early oral feeding after elective abdominal surgery--what are the issues? *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* dicembre 2002;18(11-12):944-8  
 [4] Iyer S, Saunders WB, Stemkowski S. Economic burden of postoperative ileus associated with colec-

tomy in the United States. *J Manag Care Pharm JMCP.* agosto 2009;15(6):485-94

- [5] Izbizky G, Minig L, Sebastiani M, Otaño L. The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2008;115(3):332-8  
 [6] Göçmen A, Göçmen M, Sarao lu M. Early post-operative feeding after caesarean delivery. *J Int Med Res.* ottobre 2002;30(5):506-11  
 [7] Strong TH, Brown WL, Brown WL, Curry CM. Experience with early postcesarean hospital dismissal. *Am J Obstet Gynecol.* luglio 1993;169(1):116-9  
 [8] Masood SN, Masood Y, Naim U, Masood MF. A randomized comparative trial of early initiation of oral maternal feeding versus conventional oral feeding after cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet.* agosto 2014;126(2):115-9  
 [9] Jalilian N, Ghadami MR. Randomized clinical trial comparing postoperative outcomes of early versus late oral feeding after cesarean section: Early versus late feeding after cesarean. *J Obstet Gynaecol Res.* giugno 2014;40(6):1649-52  
 [10] Barat S, Esmailzadeh S, Khafri S.S, Golsorkhr. Women's satisfaction in early versus delayed post-caesarean feeding: a double blind randomized controlled trail study. *caspien J intern med* 2015  
 [11] Saad A, Diken Z, Saoud F, Hegde S, Kuhlmann MJ, Wen T, et al. 573: Early versus late feeding after cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* gennaio 2015;212(1):S286  
 [12] Metha S, Gupta S, Goel N. Post operative oral feeding After cesarean section-Early versus late initiatio: A prospective randomized trial  
 [13] Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol.* luglio 2001;98(1):113-6  
 [14] Teoh WHL, Shah MK, Mah CL. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post-Caesarean delivery under regional anaesthesia. *Singapore Med J.* febbraio 2007;48(2):152-7  
 [15] Izbizky GH, Sebastani MA, Otaño L. The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on woman's satisfaction: a randomised controlled trial  
 [16] Chantarasorn V, Tannirandorn Y. A comparative study of early postoperative feeding versus conventional feeding for patients undergoing cesarean section; a randomized controlled trial. *J Med Assoc Thail Chotmaihet Thangphaet.* ottobre 2006;89 Suppl 4:S11-16  
 [17] Masood S, Masood Y, Naim U. A randomised comparative trial of early initiation of oral maternal feeding versus conventional oral feeing after cesarean delivery  
 [18] Mulayim B, Celik NY, Kaya S, Yanik FF. Early oral hydration after cesarean delivery performed under regional anesthesia  
 [19] Teoh W H. A randomised controlled trial on beneficial effects of early feeding post -Caesarena delivery under regional anaesthesia

# ALLATTAMENTO E ADOZIONE

## Una revisione della letteratura



*Autrici*

**Caterina Bazzi**  
Ostetrica



**Silvia Morassut**  
Ostetrica

### Introduzione

Il latte è la prima forma di nutrimento che riceve il bambino una volta nato. Durante le settimane di gestazione, il seno materno va incontro a una serie di modifiche regolate dagli ormoni della gravidanza volte a una progressiva maturazione del parenchima mammario. Con il distacco della placenta durante il terzo stadio del

travaglio di parto i livelli di progesterone crollano, permettendo all'ipofisi di secernere prolattina. A questo punto, ogni volta che il capezzolo viene stimolato si ha un picco di produzione di ossitocina e di prolattina che permettono rispettivamente l'immediato drenaggio del seno e la produzione di nuovo latte per la poppata successiva.

### RIASSUNTO

#### Sfondo

Il processo dell'adozione non è un periodo facile né per la madre né per il figlio; l'allattamento al seno potrebbe essere un modo per aiutare l'instaurarsi di un legame di fiducia e amore nella diade. Inoltre vi sono altri casi in cui una lattazione indotta potrebbe portare grandi benefici.

#### Obiettivo

Questa ricerca ha lo scopo di raccogliere e diffondere le conoscenze esistenti riguardo all'induzione della lattazione.

#### Metodi

La letteratura è stata selezionata principalmente inserendo le parole chiave all'interno di tre *database*: PubMed, Cinahl e Scopus. Sono stati aggiunti libri di testo e dichiarazioni di enti pubblici.

#### Risultati

La letteratura ha evidenziato il *management* da adottare per indurre una lattazione senza gravidanza: eventuale preparazione del seno, stimolazione e assunzione di sostanze galattogoghe.

#### Conclusioni

Il *management* permette di raggiungere una quantità di latte tale da supportare almeno un'alimentazione complementare; inoltre le madri interpellate dai diversi studi riferiscono una grande soddisfazione nonostante le difficoltà. Gli studi individuati però sono pochi e presentano alcune limitazioni: sono necessarie ulteriori indagini.

#### Parole chiave

Adozione, allattamento, allattamento adottivo, bambino adottato, galattogoghi, lattazione, lattazione indotta, madri adottive, madri lesbiche, madri surrogato, non-puerperale, rilattazione e surrogazione.

### ABSTRACT

#### Background

The process of adoption isn't an easy period neither for the mother nor for the child; breastfeeding could be a way to help the onset of a confidence and loving relationship into the dyad. Furthermore there are other cases in which the induced lactation could bring lots benefits.

#### Objective

This research aims to gather and spread the existing knowledge about inducing lactation.

#### Methods

Literature has been selected by entering the keywords inside three databases: PubMed, Cinahl and Scopus. Text books and statements from public institutions have been added.

#### Results

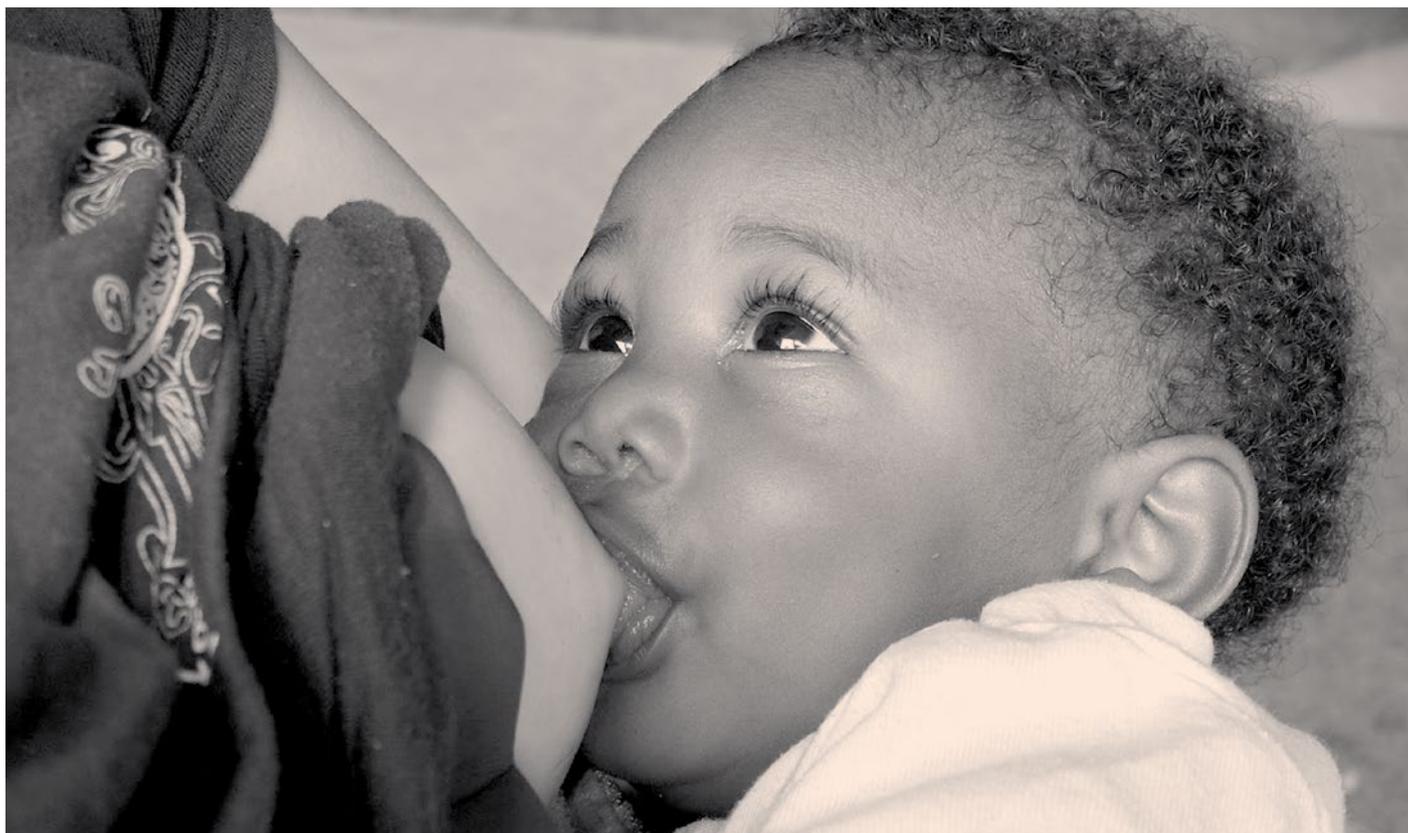
Literature highlighted the management to be adopted to induce a lactation without a pregnancy: possible breast preparation, stimulation and taking galactic substances.

#### Conclusions

Management allows you to reach such a quantity of milk that supports at least one complementary feed; moreover the mothers interviewed by the various studies report great satisfaction despite the difficulties. However, the studies identified are few and have some limitations; further investigations are needed.

#### Keywords

Adoption, breastfeeding, adoptive breastfeeding, adopted infant, galactagogue, lactation, induced lactation, adoptive mothers, lesbian mothers, surrogate mothers, non-puerperal, relactation and surrogacy.



L'allattamento al seno ricopre un ruolo di estrema importanza per la salute psicofisica di madre e bambino (UNICEF, WHO, 2009). Infatti apporta numerosi benefici sia derivanti dal latte materno sia dal seno materno.

Innanzitutto, il latte materno contiene molti fattori importanti oltre ai macronutrienti, tra cui fattori anti-infettivi; ne consegue un miglior sviluppo fisico e cognitivo e una riduzione della mortalità infantile nei primi 5 anni di vita (UNICEF, WHO, 2009). Altri benefici del bambino derivano invece dal tipo di suzione, che riduce il rischio di sviluppare otiti e problemi odontoiatrici, e dal contatto con la madre che favorisce il rilassamento riducendo i livelli di stress.

L'allattamento al seno riveste un ruolo molto importante anche per la salute materna riducendo il rischio di: emorragia *post-partum*, anemia, osteoporosi, obesità e alcuni tumori tra cui quello al seno, all'endometrio, all'ovaio e al colon. Inoltre prolattina e ossitocina sono in grado di regolare la fertilità ritardando l'arrivo del capoparto.

Un altro aspetto importante dell'allattamento al seno riguarda la creazione del legame affettivo tra una madre e suo figlio, facilitato dal contatto fisico (Gribble, 2006). Questo è importante ai fini della formazione di un attaccamento sicuro con la stessa. Tale modello di attaccamento, in cui il bambino mostra segni di angoscia durante l'assenza della madre e calma e ricerca della stessa con il suo ritorno (Stern, 2015), è fondamentale per garantire una maggiore facilità a creare una relazione stabile con altre persone in futuro.

Nel caso delle adozioni tutti questi benefici vengono a mancare. In questa situazione si rende maggiormente evidente una maggior difficoltà nella creazione di un

legame affettivo da parte della madre ma anche da parte del bambino, soprattutto qualora sia stato costretto a soggiornare per un periodo in un istituto (Gribble, 2007).

Il fenomeno delle adozioni non dovrebbe essere sottovalutato poiché interessa una moltitudine di bambini, come dimostrano alcuni dati recenti: nel 2014 in America sono stati adottati 75.337 bambini di cui il 24,7% sotto l'anno di vita (NCFA, 2017), in Australia tra il 2015 e il 2016 sono stati adottati 278 bambini di cui 28 sotto l'anno di vita (AIHW, 2016), in Inghilterra tra il 2015 e il 2016 4.690 tra cui 230 lattanti (Department for Education, 2016) e in Italia ci sono state 2.798 adozioni nel 2015 (Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, 2016).

## Metodi

La ricerca del materiale è stata condotta dal 16 al 24 novembre 2016 intervistando tre *database* elettronici: PubMed, Cinahl e Scopus. Sono state usate le seguenti parole chiave: "adopted infant", "adoption", "adoptive breastfeeding", "adoptive mothers", "breastfeeding, galactogogues", "induced lactation", "lactation", "lesbian mothers", "non-puerperal", "surrogacy", "surrogate mothers" e "relactation".

I criteri di inclusione sono stati: lingua italiana, inglese o spagnola, data di pubblicazione a partire dal 1994 e l'appartenenza al genere umano dei soggetti in studio. Sono stati esclusi invece tutti gli articoli che non rispettavano i criteri di inclusione e che non erano pertinenti.

L'indagine ha evidenziato 723 pubblicazioni complessive. Di queste sono state inclusi nella revisione 26 articoli che comprendono: 10 revisioni della letteratura, 6 studi prospettici, 5 case report, 2 ricerche qualitative e 3 lettere all'editore. A questo materiale sono state aggiunte altre 11 fonti per un totale di 37 scritti.

## Lattazione indotta

L'analisi della letteratura ha evidenziato come l'allattamento al seno possa costituire una strategia per facilitare la costruzione della relazione affettiva madre-figlio anche in caso di adozione. In questo caso, mancando la maturazione mammaria della gestazione, ci si può avvalere della lattazione indotta o lattazione non puerperale. L'adozione però non è l'unica situazione in cui si può decidere di indurre una lattazione. Ad esempio può essere usata in condizioni di emergenza per fornire nutrimento a un bambino orfano. Infatti la lattazione non puerperale veniva usata spesso soprattutto in passato (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

Un altro esempio è costituito dai figli di donne HIV positive per i quali non è possibile garantire un'alternativa che sia accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura (UNICEF, WHO, 2009). Questa soluzione può essere presa in considerazione specialmente nell'Africa Sud-Sahariana, dove vive il 90% delle donne gravide affette da AIDS (Ogunlesi et al., 2008; UNICEF, 2016).

Se è possibile stimolare un seno impreparato a produrre latte, queste tecniche possono allora ritenersi efficaci anche nei casi in cui un allattamento è stato sospeso. In questo caso si parla di rilattazione e può essere una strategia importante soprattutto per i bambini ospedalizzati: la letteratura riporta un miglioramento della convalescenza (Alves, 1999). Il termine rilattazione può indicare anche una lattazione non puerperale in una donna con una passata esperienza di allattamento; la differenza rispetto al seno impreparato risiede in una maggior efficacia del *management* (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

## Management

Sebbene gli studi ad oggi condotti non siano in grado di fornire una procedura standard essendo non sufficientemente validi e numerosi (Rogers, 1997), diversi autori hanno voluto analizzare non solo il *management* vero e proprio ma anche alcuni elementi che possono influire sulla sua riuscita.

In particolare tra questi fattori sono stati analizzati la *kangaroo therapy* e la supplementazione della dieta materna. La marsupio terapia eseguita per almeno un'ora continuativa una o due volte al giorno si è dimostrata molto benefica per la salute del bambino, per la relazione madre-figlio e per l'allattamento al seno; Dehkhoda et al. (2013) mostra nello specifico il suo utilizzo nella rilattazione in caso di bambini prematuri.

Sull'alimentazione che la madre dovrebbe assumere durante l'allattamento non si hanno invece informazioni precise. Generalmente si suggerisce di aumentare l'assunzione valutazione nutrizionale (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

Il fulcro del *management* per ottenere e mantenere una produzione di latte è la stimolazione del seno (Guadagnare salute, ISS, 2013). In caso di adozione, alcuni autori suggeriscono, se possibile, di iniziare la stimolazione 6-8 settimane prima dell'arrivo del bambino (Biervliet et al., 2001; Cheales-Siebenaler, 1999; Denton, 2010; Witting, student nurse & Spatz, 2008).

Un seno può essere stimolato in diversi modi. Il più efficace è la suzione al seno frequente, anche 10-12 volte nelle 24 ore (Ogunlesi et al., 2008). Qualora non fosse possibile può essere sostituita dalla spremitura manuale ogni 2-3 ore per circa 5 minuti su ogni seno (Bryant, 2006) o dall'utilizzo del mastosuttore. In questo caso si consiglia una stimolazione graduale iniziando con 5 minuti 3 volte al giorno raggiungendo i 10-15 minuti per seno ogni 3-4 ore (Cheales-Siebenaler, 1999; Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

Per aumentare l'efficacia della stimolazione esistono degli accorgimenti tra cui l'eliminazione dell'uso di succhiotti per ridurre il rischio di confondere il tipo di suzione (Cluet de Rodríguez, 2014) e l'applicazione di impacchi caldo-umidi prima di procedere con la stimolazione (Agarwal, Jain, 2010).

In caso di spremitura manuale o mastosuttore, il latte che viene raccolto può essere somministrato con diversi dispositivi. Uno tra questi è il dispositivo per l'alimentazione supplementare (DAS). La presenza di un cateterino che dal contenitore di latte raggiunge la base del capezzolo oltre a fornire al bambino l'eventuale integrazione, fornisce un'efficace stimolazione del seno (Singh, Rai, Dubey, 2014).

Mentre secondo alcuni autori la sola stimolazione del seno è sufficiente, altri suggeriscono una precedente preparazione della mammella e un'aggiuntiva somministrazione di sostanze galattogoghe. La preparazione può essere consigliata alle donne che non hanno mai allattato e si basa sull'assunzione di una terapia ormonale. Può essere una formulazione combinata di estrogeni e progesterone da assumere per circa 8 settimane (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016). Un'alternativa a breve termine è l'assunzione di 100-150 mg di *medrossiprogesterone* in un'unica somministrazione intramuscolo (Forinash et al., 2012; Nemba, 1994; Zuppa et al., 2010).

I galattogoghi sono sostanze la cui azione influisce sulla produzione di latte aumentandola. Possono essere farmaci, ormoni o erbe (Tabella 1) e sono stati indagati da diversi autori tra cui: Asztalos et al. (2017), Forinash et al. (2012), Gabay (2002), Mortel (2013) e Zuppa et al. (2010).

Le erbe che si presume abbiano proprietà galattogoghe vengono usate fin dall'antichità. Le più studiate sono il fieno greco (*Trigonella foenum-graecum*) e il cardo mariano (*Silybum marianum*) ma i dati relativi ad esse hanno una base aneddotica, perciò non se ne raccomanda l'assunzione.

Tabella 1 - Caratteristiche delle sostanze galattogoghe

	Erbe			Farmaci			Ormoni		
	Fieno Greco	Cardo Mariano	Domperidone	Metoclopramide	Clorpromazina	Sulpiride	Ossitocina	Gh	Trh
<b>Meccanismo d'azione</b>	Meccanismo d'azione sconosciuto	Possibile legame con la presenza di Flavolignani (fitoestrogeni)	Antagonista della dopamina	Antagonista della dopamina	Antagonista della dopamina	Antagonista della dopamina	Provoca la contrazione delle cellule mioepiteliali attorno agli alveoli	Meccanismo non completamente conosciuto	Stimola ipofisi a secernere TSH e prolattina
<b>Dosaggio</b>	2-3cps/t.i.d. (contenenti da 580 a 610mg ciascuna) per una settimana	420mg/die	10mg/t.i.d. per 2-14 giorni	10mg 3-4 volte al giorno per 7-14 giorni	25mg/t.i.d. per 7 giorni	50mg/b.i.d. per 1-4 settimane	Spray nasale da 40UI/ml; uno spray (3UI) per narice prima di drenare il seno	0,1-0,2UI/kg/die i.m. o s.c.	1mg/q.i.d. tramite spray nasale
<b>Escrezione nel latte</b>	Non vi sono studi che ne riportano il dato	Non vi sono studi che ne riportano il dato	2,6ng/ml	126+42ng/ml	1,2ng/ml	0,97 g/ml	Non vi sono studi che ne riportano il dato	Non vi sono studi che ne riportano il dato	Non vi sono studi che ne riportano il dato
<b>Effetti collaterali</b>	Materni: possibile diarrea Neonatali: è stato evidenziato solo l'odore delle urine simile allo sciroppo d'acero (da non confondere con la relativa sindrome)	Non sono stati evidenziati effetti collaterali	Materni: generalmente ben tollerato ma tra i possibili effetti ci sono bocca asciutta, mal di testa e crampi addominali; non sono stati trovati effetti aritmici negli studi sulla lattazione Neonatali: non sono stati evidenziati effetti collaterali	Materni: possibili effetti extrapiramidali reversibili tra cui ansia, depressione, agitazione, reazioni distoniche e rara discinesia tardiva Neonatali: alcuni autori hanno riportato sconforto intestinale transitorio	Materni: rischio di effetti extrapiramidali Neonatali: letargia, sonno, riduzione delle prestazioni e possibili effetti a breve e lungo termine sullo sviluppo del sistema nervoso centrale	Materni: aumento di peso, sonnolenza ed effetti extrapiramidali Neonatali: non riportati	Non sono stati riportati effetti collaterali	Non sono stati riportati effetti collaterali	Materni: alcuni casi di ipertiroidismo iatrogeno Neonatali: non sono stati riportati effetti collaterali
<b>Sicurezza</b>	Servono ulteriori indagini	Servono ulteriori indagini	Inserito dall'AAP nei farmaci compatibili con l'allattamento; rischio di livello L1	Controindicata dall'AIFA l'assunzione sotto l'anno d'età e l'FDA raccomanda i controlli per gli effetti collaterali; rischio di livello L2	Secondo AAP può essere oggetto di preoccupazione; rischio di livello L3	Alcuni autori avvisano per gli effetti extrapiramidali sconsigliando l'uso; rischio di livello L2	Dati insufficienti per limitarne l'uso	Dati insufficienti per limitarne l'uso	Dati insufficienti per limitarne l'uso

I farmaci galattogoghi comprendono invece molecole che vengono impiegate comunemente per curare specifici disordini: due sono gastroprocinetiche e due antipsicotiche. Tutte e quattro le molecole hanno un'azione antidopaminergica con un conseguente aumento dei livelli di prolattina. Gli antipsicotici sono la *clorpromazina* e il *sulpiride* ma presentano maggior rischio di sviluppare effetti collaterali come disturbi gastrointestina-

li, depressione e sedazione. Più sicuri sono invece la *metoclopramide* e, ancora di più, il *domperidone*, anche se non esistono studi sufficienti per raccomandarne l'assunzione.

Ormoni che infine possono favorire la lattazione sono: ossitocina, *somatotropina* (GH) e l'ormone rilasciante la *tireotropina* (TRH). L'ossitocina serve per favorire l'escrezione di latte, il TRH aumenta i livelli sierici di *tireotro-*

pina (TSH) e di prolattina mentre del GH non è ben chiaro come possa influire sulla lattazione ma secondo alcuni autori è dovuto alla somiglianza genetica con la prolattina.

## Outcome

Gli outcome da considerare nell'induzione della lattazione sono molteplici. Innanzitutto ci si può chiedere se le caratteristiche del latte che viene prodotto sono simili a quello di una puerpera.

Per quanto riguarda il tipo di latte, non è stata evidenziata la fase iniziale di colostro tranne che in pochi casi riportati da Szucs, Axline, Rosenman (2010) e Muresan (2011). In riferimento alla composizione, invece, i dati ad oggi raccolti sono discordanti. In uno studio pilota effettuato su un campione di due donne non puerpere (Perrin et al., 2015) le proteine totali sono risultate maggiori mentre in un'altra indagine erano inferiori (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016). Anche le valutazioni complessive mostrano dati contraddittori: alcuni autori indicano una composizione simile (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016) mentre altri hanno individuato un'eguale quantità di proteine, minori grassi e maggiori carboidrati (Álvarez de Acosta et al., 2010). Si sono comunque visti nei Paesi in via di sviluppo aumento di peso e crescita in linea con gli standard (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

Un risultato molto importante da valutare è il tasso di successo. Anche in questo caso la letteratura disponibile è scarsa ed eterogenea: Nemba (1994) riferisce una percentuale dell'89% su un campione di 27 donne effettive mentre un altro autore ha riportato lo studio di Auerbach e Avery che ha mostrato un successo dell'80% su 240 donne (Rogers, 1997).

Nei casi di successo generalmente la quantità di latte prodotta è variabile e tende a garantire un allattamento complementare anche se dalla letteratura emerge la storia di una madre che è riuscita a fornire un allattamento al seno esclusivo per i primi due mesi di vita dei due gemelli prematuri che ha adottato (Szucs, Axline, Rosenman, 2010).

Anche i tempi di produzione sono stati variabili ma si stima una comparsa delle prime gocce in circa 4-9 giorni dall'inizio della stimolazione e un tempo per raggiungere la produzione massima più variabile, circa 8-58 giorni dall'inizio della produzione (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

Indipendentemente dalla quantità di latte prodotta, le madri che hanno deciso di indurre una lattazione per facilitare la costruzione di un legame affettivo con il figlio hanno provato grande soddisfazione nei risultati ottenuti (Lommen, Brown e Hollist, 2015; Wilson et al., 2014).

Un fattore che si è visto giocare un ruolo importante è stato il supporto ostetrico ricevuto. L'ostetrica deve rispettare il quarto passo per la protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento nelle strutture

socio-sanitarie territoriali: "Sostenere le madri e proteggere l'avvio e il mantenimento dell'allattamento" (UNICEF, 2007). Dehkhoda et al. (2013) mostra infatti come il supporto ostetrico sia in grado di migliorare l'efficacia del *management*. Inoltre l'ostetrica deve essere in grado di stimolare nella donna il processo di *empowerment*, ovvero l'utilizzo delle risorse endogene che consente alla madre un maggiore senso di controllo e partecipazione (Guilliland, Pairman, 2010). A tale scopo sono importanti: un approccio *hands-off*, in cui l'ostetrica spiega alla donna le tecniche da usare facendoglile applicare direttamente, e un atteggiamento empatico, non giudicante e paziente (Denton, 2010).

## Conclusione

L'indagine svolta per questa revisione della letteratura ha portato alla luce articoli che presentano dei limiti tra cui l'esiguità dei campioni e la diversità dei parametri che rendono estremamente difficile il confronto tra gli articoli stessi. Inoltre sono pochi gli studi clinici.

Non esistono dunque evidenze scientifiche in grado di fornire protocolli standard per l'induzione della lattazione o per la specifica somministrazione di sostanze galattogoghe. In ogni caso, però, si è visto che è possibile indurre un seno a produrre latte senza che vi sia stata una gravidanza, che lo si può fare con la sola stimolazione del seno o con l'aggiunta di alcune sostanze e che può portare molti benefici, soprattutto dal punto di vista relazionale (Lawrence RA, Lawrence RM, 2016).

Le stesse madri riportano infatti una grande soddisfazione indipendentemente dagli sforzi impiegati e dalle difficoltà incontrate lungo questo percorso (Lommen, Brown e Hollist, 2015; Wilson et al., 2014). Soprattutto è emersa l'importanza del ruolo dell'ostetrica sia per l'applicazione del *management* sia per il supporto e la motivazione della donna ma anche di tutto il nucleo familiare.

## Bibliografia

- Agarwal A, Jain A, (2010) "Early successful relactation in a case of prolonged lactation failure". *Indian Journal of Pediatrics*, 77, 214-5
- Álvarez de Acosta T, Cluet de Rodríguez I, Rossell-Pineda M, Valbuena E, Nucette MA, (2010) "Determinación de las concentraciones de proteínas, hidratos de carbono y grasas en leche de madres en relactancia". *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 60(4), 368-73
- Alves JG, (1999) "Relactation improves nutritional status in hospitalized infants". *Journal of Tropical Pediatrics*, 45, 120-1
- Asztalos EV, Campbell-Yeo M, da Silva OP, Kiss A, Knoppert DC, et al., (2017) "Enhancing human milk production with domperidone in mothers of preterm

- infants: Results From the EMPOWER Trial". *Journal of Human Lactation*, 33(1), 181-7
- Australian Institute of Health and Welfare, (2016) *Adoptions Australia 2015-16*. CWS 59. Canberra: AIHW
  - Biervliet FP, Maguinnes SD, Hay DM, Killick SR, Atkin SL, (2001) "Induction of lactation in the intended mother of a surrogate pregnancy". *Human Reproduction*, 16(3), 581-3
  - Bryant CA, (2006) "Nursing the adopted infant". *Journal of the American Board of Family Medicine*, 19(4), 374-9
  - Cheales-Siebenaler NJ, (1999) "Induced lactation in an adoptive mother". *Journal of Human Lactation*, 15(1), 41-3
  - Cluet de Rodríguez I, Rossell-Pineda Mdel R, Álvarez de Acosta T, Chirinos R, (2014) "Comparación entre los niveles de prolactina de madres en lactancia y madres con lactancia materna exclusiva". *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 64(1), 1-8
  - Dehkhoda N, Valizadeh S, Jodeiry B, Hosseini MB, (2013) "The effect of an educational and supportive relactation program on weight gain of preterm infants". *Journal of Caring Sciences*, 2(2), 97-103
  - Denton Y, (2010) "Induced lactation in the nulliparous adoptive mother". *British Journal of Midwifery*, 18(2), 84-7
  - Department for Education, (2016) *Children looked after in England (including adoption) year ending 31 March 2016*. Darlington: Department for Education
  - Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità, (2016) *Dati statistici relativi all'adozione. Anno 2015*. Roma: Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità
  - Forinash AB, Yancey AM, Barnes KN e Myles TD, (2012) "The use of galactogogues in the breastfeeding mother". *The Annals of Pharmacotherapy*, 46, 1392-1403
  - Gabay MP, (2002) "Galactogogues: medications that induced lactation". *Journal of Human Lactation*, 18(3), 274-9
  - Gribble KD, (2006) "Mental health, attachment and breastfeeding: implication for adopted children and their mothers". *International Breastfeeding Journal*, 1:5
  - Gribble KD, (2007) "A model for caregiving of adopted children after institutionalization". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(1), 14-26
  - Guadagnare salute, ISS, (2013) *Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura*. Milano: Zadig
  - Guilliland K, Pairman S, (2010) *The midwifery partnership. Un modello per la professione ostetrica*. Roma: Società Editrice Universo
  - Lawrence RA, Lawrence RM, (2016) Induced lactation and relactation (including nursing an adopted baby) and cross-nursing In: Lawrence RA, Lawrence RM, *Breastfeeding. A guide for the medical profession*. (8<sup>th</sup> ed.) Philadelphia: Elvise Inc
  - Lommen A, Brown B, Hollist D, (2015) "Experimental perceptions of relactation: a phenomenological study". *Journal of Human Lactation*, 31(3), 498-503
  - Mortel M, Mehta SD, (2013) "Systematic review of the efficacy of herbal galactogogues". *Journal of Human Lactation*, 29(2), 154-162
  - Muresan M, (2011) "Successful relactation - a case history" *Breastfeeding Medicine*, 6(4), 233-9
  - National Council For Adoption, (2017) *Adoption by the number*. Washington: NCFA
  - Nemba K, (1994) "Induced lactation: a study of 37 non-puerperal mothers" *Journal of Tropical Pediatrics*, 40, 240-2
  - Ogunlesi TA, Adekanmbi FA, Fetuga BM, Ogundeyi MM, (2008) "Non-puerperal induced lactation: an infant feeding option in paediatric HIV/AIDS in tropical Africa". *Journal of Child Health Care*, 12(3), 241-8
  - Perrin MP, Wilson E, Chetwynd E, Fogleman A, (2015) "A pilot study on the protein composition of induced nonpuerperal human milk". *Journal of Human Lactation*, 31(1), 166-171
  - Rogers IS, (1997) "Relactation". *Early Human Development*, 49 Suppl, S75-S81
  - Singh DK, Rai R, Dubey S, (2014) "Supplementary suckling technique for relactation in infant with severe acute malnutrition". *Indian Pediatrics*, 51, 671
  - Stern DN, (2015) *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*, ristampa della seconda edizione, New York: Basic Books
  - Szucs KA, Axline SE, Rosenman MB, (2010) "Induced lactation and exclusive breast milk feeding of adopted premature twins". *Journal of Human Lactation*, 26(3), 309-313
  - United Nations International Children's Emergency Found, (2007) *La Comunità amica dei bambini per l'allattamento al seno*. Milano: Comitato italiano per l'UNICEF onlus
  - United Nations International Children's Emergency Found, World Health Organization, (2009) *Manuale del partecipante del corso di 20 ore per il personale della maternità*. Ginevra: WHO Document Production Services
  - United Nations International Children's Emergency Found, (2016) *For every child, end AIDS. Seventh stock-taking report, 2016*. New York: Three united nations plaza
  - Wilson E, Perrin MT, Fogleman A, Chetwynd E, (2014) "The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child". *Journal of Human Lactation*, 31(1), 64-7
  - Witting SL, Student Nurse, Spatz DL, (2008) "Induced lactation: gaining a better understanding". *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 33(2), 76-81
  - Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, et al., (2010) "Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production". *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 13(2), 162-174

# ASPETTI EMOTIVI E PSICOLOGICI DELLE PAZIENTI LUNGODEGENTI OSTETRICHE



## Autori

**Michela Costa**  
Ostetrica,  
Dipartimento di Scienze  
Chirurgiche, Divisione  
di Ginecologia e Ostetricia,  
dell'Università  
degli Studi di Cagliari

**Irene Melis**  
Psicologa, Psicoterapeuta  
e Sessuologa Clinica  
Dipartimento  
di Psicologia  
dell'Università  
degli Studi di Cagliari

**Mirian Agus**  
Psicologa, Tecnico Laureato  
di Laboratorio,  
Dipartimento di Pedagogia,  
Psicologia, Filosofia  
dell'Università  
degli Studi di Cagliari

**Stefano Angioni**  
Professore Associato  
di Ginecologia e Ostetricia  
e Coordinatore Corso  
di Laurea in Ostetricia  
dell'Università  
degli Studi di Cagliari

## Obiettivo

Il presente lavoro è uno studio pilota finalizzato a indagare l'adattamento alla ospedalizzazione nelle donne gravide e i vissuti psicologici a questa legati in termini di ansia, umore e livelli di stress. Al fine di perseguire tale obiettivo è stato utilizzato, dalle nostre conoscenze per la prima volta in ambito ostetrico, il test psicologico *Cognitive Behavioural Assessment forma Hospital (CBA-H)*.

## Materiali e metodi

Tale studio è stato condotto presso la Clinica Ginecologica e Ostetrica dell'AOU di Cagliari, nel periodo compreso tra dicembre 2016 e ottobre 2017. Il campione coinvolto è rappresentato da una coorte di 53 donne ospedalizzate, affette da gravidanza patologica. Sono state incluse nello studio le pazienti ricoverate da almeno sette giorni a cui fosse stato già somministrato il

## RIASSUNTO

La gravidanza è considerata un periodo a basso rischio, rispetto ad altre fasi della vita, per lo sviluppo di disturbi psichiatrici; ciò è dovuto agli elevati livelli di progesterone, noto per la sua azione miorilassante e calmante. Nonostante ciò, si evidenzia come sempre più donne sviluppino alterazioni psicologiche e manifestino sentimenti quali ansia, irritabilità, umore instabile e depressione, principalmente nel primo e terzo trimestre di gravidanza. Inoltre, una gravidanza patologica potrebbe influire sul benessere mentale della gravida. Gran parte delle gravide ad alto rischio sono ricoverate in ospedale per lunghi periodi, che talvolta durano fino al momento del parto. L'impatto emotivo della ospedalizzazione sulla donna gravida rappresenta una problematica seria, che dovrebbe essere indagata a fondo e maggiormente approfondita; studi di letteratura affermano come elevati livelli di ansia, paura e stress possano avere ripercussioni negative sull'andamento del travaglio, l'esito del parto e il benessere fetale. Inoltre è stato dimostrato come l'ansia e lo stress possano essere alla base dell'insorgenza di patologie gravidiche, una fra tutte la minaccia di parto pretermine.

### Parole chiave

Ansia, depressione, stress, ostetrica, umore, stato d'animo, lungodegenza, gravidanza, patologia ostetrica, patologie gravidiche, paziente, ricovero, ricovero ospedaliero, assistenza ostetrica, empatia, preclampsia, ipertensione arteriosa, Rottura Prematura delle Membrane Pretermine (Pprom), Minaccia di Parto Pretermine (Mpp), Ritardo di Crescita Intrauterino (Iugr).

## ABSTRACT

Pregnancy is generally considered a period of low risk, compared to other phases of life, for the development of psychiatric disorders. This is due to the high levels of progesterone, known for its relaxing and soothing action.

Despite this, it is evident that more and more women develop psychological alterations and manifest feelings such as anxiety, irritability, unstable mood and depression mainly in the first and third trimester of pregnancy.

Moreover, pathological pregnancy could affect the mental well-being of a pregnant woman. Most of the high-risk pregnant women are hospitalized for long periods that sometimes last until the time of delivery. Aim of our study was to investigate the psychological impact of hospitalization in such cases.

### Keywords

Anxiety, depression, stress, obstetrics, mood, mood, long-term care, pregnancy, obstetric pathology, pregnancy, patient, hospitalization, hospitalization, obstetric care, empathy, preclampsia, arterial hypertension, Premature Rupture of Preterm Membranes (Pprom), Preterm Birth Threat (Mpp), Intrauterine Growth Delay (Iugr).

## SCHEDA B

Le seguenti affermazioni si riferiscono al Suo stato negli **ultimi 3 mesi**. Risponda facendo riferimento a come Lei si è sentito negli **ultimi 3 mesi**. Metta una crocetta (X) sulla casella corrispondente alla risposta da Lei prescelta.

	VERO	FALSO
b. 1. Negli ultimi 3 mesi mi sono stancato molto facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 2. Non ho curato il mio aspetto come prima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 3. Penso che il tipo di vita che ho fatto negli ultimi mesi possa causarmi qualche malattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 4. Mi sono sentito molto bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 5. Mi sono sentito preoccupato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 6. Sono stato teso e nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 7. L'interesse per le cose che m piacciono è diminuito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 8. Ho avuto periodi di tale irrequietezza da fare fatica a stare seduto a lungo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 9. Sono diventato più lento nel fare le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 10. L'ultimo periodo è stato molto stressante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 11. Negli ultimi 3 mesi mi sono sentito sovraccitato e scosso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 12. La mattina mi sono sentito sempre fiacco e senza forze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 13. Il mio interesse per il sesso è diminuito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 14. Mi è stato più difficile concentrarmi sul lavoro o nelle attività quotidiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 15. Nell'ultimo periodo mi è pesato prendere qualunque decisione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 16. Ho dormito bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 17. Mi sono sentito depresso per l'intero arco della giornata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 18. Mi sono sentito rilassato e sereno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 19. Ultimamente ho perso la fiducia in me stesso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 20. Sono stato spesso allegro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 21. Mi sono sentito in forma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 22. Sono stato spesso in ansia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. 23. Sono stato sempre pieno di paure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SCHEDA C

Le seguenti affermazioni si riferiscono a comportamenti ed abitudini molto frequenti; risponda facendo riferimento a come Lei è sempre stata. Metta una crocetta (X) sulla casella corrispondente alla risposta da Lei prescelta.

	VERO	FALSO
c. 1. Sono sempre stata una persona sicura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 2. Sono sempre stata una persona calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 3. Se posso vendicarmi lo faccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 4. Sono sempre stata una persona tranquilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 5. Non risparmio critiche agli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 6. Non mi importa trasgredire le regole per raggiungere il mio obiettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 7. Sono sempre stata una persona nervosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 8. Vado facilmente in collera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 9. Quando devo prendere delle medicine mi capita di dimenticarmene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 10. Sono spesso sul posto di lavoro anche quando non sarei tenuto ad esserci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 11. Le gente spesso mi delude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 12. Sono in genere molto più responsabile di quanto lo siano le altre persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 13. Ho paura di essere criticato o rimproverato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 14. Mi capita spesso di pensare a più cose nello stesso tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 15. Tendo a tenere le distanze dalle persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 16. Nella mia vita mi sono sentito spesso solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 17. Mi irrita moltissimo fare una coda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 18. So affrontare gli insuccessi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 19. Sul lavoro mi impegno più degli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 20. Sono sempre stata considerata una persona piena di vitalità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 21. Mi spazientisco con le persone che non capiscono le cose al volo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 22. Solitamente ce la metto tutta per raggiungere i miei scopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 23. Sono sempre stata una persona ansiosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 24. Solitamente faccio di testa mia piuttosto che seguire i consigli delle persone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

consenso informato. Sono state escluse dallo studio le donne ricoverate per meno di una settimana, le gravide straniere la cui comprensione del questionario non fosse del tutto chiara, le donne con dichiarata presenza disturbi psicologici o donne in trattamento con psicofarmaci. A tutte le donne ricoverate, successivamente alla somministrazione del consenso informato sono stati somministrati una scheda detta di rilevazione dati ostetrici e socio-anagrafici e il test standardizzato *Cognitive Behavioral Assessment forma Hospital (CBA-H)*. Il CBA-H è uno strumento utilizzato in ambito ospedaliero per eseguire uno *screening* riguardante le problematiche soggettive, emozionali e comportamentali connesse a una determinata patologia clinica.

Tale questionario discende dal CBA - 2.0 diffuso e particolarmente apprezzato nell'ambito ospedaliero della psicologia della salute, medicina riabilitativa, oncologia e terapia del dolore.

## Risultati

Per quanto riguarda gli aspetti emotivi riscontrati dalle gravide durante la degenza, il campione analizzato ha manifestato valori significativi di ansia di stato, detta anche situazionale, maggiori rispetto ai valori di riferi-

mento; ciò sta a indicare che le donne presentano uno stato ansia derivante dalla situazione che si trovano a vivere. Inoltre per quanto riguarda la depressione, è stato riscontrato un valore medio del campione superiore rispetto al valore normativo riferimento. Diversamente le lungodegenti non hanno manifestato paure sanitarie nel corso della degenza, quindi la possibile presenza di disagio, riguardanti la gestione della propria salute tra cui visite mediche ed esami clinici. Questo dato potrebbe dimostrare che il rapporto tra la gravida e il *team* di assistenza fosse basato sulla fiducia e vi fosse una corretta comunicazione riguardo la loro condizione di salute. Lo strumento utilizzato ha indagato anche diversi aspetti psicoemotivi degli ultimi tre mesi (Scheda B) da cui è emerso come il campione preso in esame abbia manifestato sentimenti di ridotto tono dell'umore. Successivamente ha posto l'attenzione su diverse variabili di tratto della personalità, analizzate nella Scheda C. Dall'analisi di tali aspetti è emerso come gran parte del campione abbia presentato valori significativi per: nevroticismo e l'ostilità; inoltre il campione ha presentato valori medi maggiori rispetto al valore normativo di riferimento per i seguenti sentimenti: benessere psicofisico, vita stressante negli ultimi tre mesi, ansia sociale, iper coinvolgimento nelle attività svolte incapacità a rilassarsi e irritabilità.

## Discussione

Abbiamo sottolineato come la gravidanza sia associata sempre più a sintomi quali ansia, depressione e stress; a ciò si associa anche l'insorgenza nella gravida della paura, per la propria salute e per quella del nascituro. Tali sentimenti nelle gravide ospedalizzate risultano amplificati, in quanto esse risultano maggiormente vulnerabili agli eventi stressanti. Gibson J. e colleghi avevano riscontrato in un gruppo di gravide ospedalizzate, un'incidenza di depressione del 26,6 %, valori maggiori del 40% rispetto alle donne con gravidanza a bassa rischio; l'ansia di stato invece presenta un'incidenza del 12,6%. Nonostante i valori altamente significativi di tali sintomi, solo il 5% delle gravide riceve un'adeguata valutazione del proprio benessere psicologico e un successivo trattamento. Per tale motivo, al fine di offrire alla gravida un'assistenza che sia attenta agli aspetti emotivi e ai vissuti psicologici che tale condizione può comportare e determinare, risulta necessario applicare dei protocolli psicologici specifici.



## Bibliografia

- [1] Pescetto, G., L. De Cecco, and D. Pecorari. "Ragni n: Ginecologia e Ostetricia." *SEU Ed* (2009)
- [2] Simmons, Heather A., and Lisa S. Goldberg. "'High-risk' pregnancy after perinatal loss: understanding the label." *Midwifery* 27.4 (2011): 452-457
- [3] Rodrigues, Paula Borba, et al. "Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review." *Trends in psychiatry and psychotherapy* 38.3 (2016): 136-140
- [4] Spandrio, Roberta, Anita Regalia, and Giovanna Bestetti. *Fisiologia della nascita: dai prodromi al post partum*. Carocci Faber, 2014
- [5] Maloni, Judith A. "Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth." *Biological Research for Nursing* 12.2 (2010): 106-124
- [6] Hasananzadeh, Parvin, and Mahbobeh Faramarzi. "Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome." *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 11.4 (2017): VC04
- [7] Kingston, Dawn, et al. "Study protocol for a randomized, controlled, superiority trial comparing the clinical and cost-effectiveness of integrated online mental health assessment-referral-care in pregnancy to usual prenatal care on prenatal and postnatal mental health and infant health and development: the Integrated Maternal Psychosocial Assessment to Care Trial (IMPACT)." *Trials* 15.1 (2014): 72
- [8] Pinto, T. M., Caldas, F., Nogueira-Silva, C., & Figueiredo, B. (2016). Maternal depression and anxiety and fetal-neonatal growth. *Jornal de Pediatria*, (xx). <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2016.11.005>
- [9] Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review Particularidades da gravidez de alto risco como fatores para o desenvolvimento de sofrimento mental. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(3), 136-140. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>
- [10] Kazemi, Farideh, Fatemeh Nahidi, and NOurOSSadat KarimaN. "Disorders Affecting Quality of Life During Pregnancy: A Qualitative Study." *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 11.4 (2017)
- [11] Huang, Hsiang, et al. "Suicidal ideation during pregnancy: prevalence and associated factors among low-income women in São Paulo, Brazil." *Archives of women's mental health* 15.2 (2012): 135-138
- [12] Buss C, et al. High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children. *Psychoneuroendocrinology*. 2010; 35(1):141-53
- [13] Hayes LJ, Goodman SH, Carlson E. Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attach Hum Dev*. 2013; 15(2):133-53
- [14] Maloni, Judith A. "Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest." *Expert review of obstetrics & gynecology* 6.4 (2011): 385-393
- [15] Byatt, Nancy, et al. "Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients." *General hospital psychiatry* 36.6 (2014): 644-649
- [16] Borri, Chiara, et al. "Axis I psychopathology and functional impairment at the third month of pregnancy: Results from the Perinatal Depression-Research and Screening Unit (PND-ReScU) study." *The Journal of clinical psychiatry* 69.10 (2008): 1617-1624
- [17] Cipullo, S., et al. "La sindrome del parto pretermine: lo stato dell'arte." (2015)
- [18] Lederman, Regina P, et al. "Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth." *Sexual & Reproductive Healthcare* 4.4 (2013): 133-138
- [19] Alderdice, Fiona, Fiona Lynn, and Marci Lobel. "A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures." *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 33.2 (2012): 62-77
- [20] Miller L, Shade M, Vasireddy V: Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal

- care setting. *Arch Womens Ment Health* 2009, 12:329-334
- [21] Butler M, Kane R, McAlpine D, Kathol R, Fu S, Hagedorn H, Wilt T: Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). In *Integration of Mental Health/Substance Abuse and Primary Care: Evidence Report/Technology Assessment*. 2008
- [22] Butler, Mary, et al. "Does integrated care improve treatment for depression?: a systematic review." *The Journal of ambulatory care management* 34.2 (2011): 113-125
- [23] Flynn HA, O'Mahen HA, Massey L, Marcus S: The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *J Womens Health* 2006, 15:1195-1204
- [24] Gjerdingen D, Katon W, Rich DE: Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care-based management model. *Womens Health Issues* 2008, 18:44-52
- [25] Tsai, Shih Jen, et al. "Psychiatric consultations in obstetric inpatients." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research* 22.6 (1996): 603-607
- [26] Khashan, Ali S., et al. "Rates of preterm birth following antenatal maternal exposure to severe life events: a population-based cohort study." *Human Reproduction* 24.2 (2008): 429-437
- [27] Davis, Elysia P., and Curt A. Sandman. "The timing of prenatal exposure to maternal cortisol and psychosocial stress is associated with human infant cognitive development." *Child development* 81.1 (2010): 131-148
- [28] Sprague, Ann E., et al. "Bed rest and activity restriction for women at risk for preterm birth: a survey of Canadian prenatal care providers." *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 30.4 (2008): 317-326
- [29] Faramarzi, M., and H. Pasha. "The role of social support in prediction of stress during pregnancy." (2015): 52-60
- [30] Asghari, Elahe, Mahbobeh Faramarzi, and Arsalan Khan Mohammadi. "The effect of cognitive behavioural therapy on anxiety, depression and stress in women with preeclampsia." *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR* 10.11 (2016): QC04
- [31] Huizink AC. Prenatal stress and its effects on infant development. Academic Thesis, University Utrecht, 2000. The Netherlands, Pp. 1-217
- [32] Dellabartola, Sara. *Il contributo della psicopatologia ansiosa materna prenatale sul temperamento infantile e la relazione precoce madre-bambino*. Diss. alma, 2013
- [33] Dieter, J., Emory, E., Johnson, K.C., Raynor, B.D. (2008). Maternal depression and anxiety effects on the human fetus: preliminary findings and clinical implications. *Infant Mental Health Journal*, 29(5), 420-441
- [34] DiPietro, J., Hilton, S., Hawkins, M., Costigan, K., Pressman, E. (2002). Maternal stress and affect influence fetal neurobehavioral development. *Developmental Psychology*, 38 (5), 659-68
- [35] Tixeira, J., Fisk, N.M., Glover, V. (1999). Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *British Medical Journal*, 318, 153-157
- [36] O'Donnell, K. J., Bugge Jensen, A., et al. (2012). Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11beta-HSD2. *Psychoneuroendocrinology* 37(6), 818-826
- [37] Gluckman, P. D., Hanson, M. A., Spencer, H. G. (2005). Predictive adaptive responses and human evolution. *Trends in ecology & evolution*, 20, 527-33
- [38] Glover, V., Tixeira, J., Gitau, R., Fisk, N.M. (1999). Mechanisms by which maternal mood in pregnancy may affect the fetus. *Contemporary Reviews in Obstetrics and Gynaecology*, 12, 1-6
- [39] Bergman, K., Sarkar, P., O'connor, T.G., Modi, N., Glover, V. (2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *Journal of American Academy Child and Adolescence Psychiatry*, 46(11), 1454-1463
- [40] Sarkar, P., Bergman, K., Fisk, N. M., Coelho Glover, V. (2006). Maternal anxiety at amniocentesis and plasma cortisol. *Prenat. Diagn*, 26, 505-9
- [41] Sun, K., Yang, K., Challis, J.R.G. (1997). Differential expression of 11 (O'Donnell et al.)-hydroxysteroid dehydrogenase types 1 and 2 in human placenta and fetal membranes. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82, 300-305
- [42] Glover, V., Bergman, K., Sarker, P., O'Connor, T.G. (2009). Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety. *Psychoneuroendocrinology*, 34, 430-435
- [43] Lesage, J., Del-Favero, F., et al. (2004). Prenatal stress induces intrauterine growth restriction and programmes glucose intolerance and feeding behaviour disturbances in the aged rat. *Journal of Endocrinology*, 181(2), 291-296
- [44] Zachariah, Rachel. "Social support, life stress, and anxiety as predictors of pregnancy complications in low income women." *Research in Nursing & Health* 32.4 (2009): 391-404
- [45] Bhagwanani, Sundri G., et al. "Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study." *Journal of the National Medical Association* 89.2 (1997): 93
- [46] Martini, J., Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Lieb, R., Wittchen, H.-U. (2010). Anxiety disorders before birth and self-perceived distress during pregnancy: Associations with maternal depression and obstetric, neonatal and early childhood outcomes. *Early Human Development*, 86, 305-10
- [47] Wadhwa, Pathik D., et al. "The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation." *American journal of obstetrics and gynecology* 169.4 (1993): 858-865
- [48] Paul, Ian M., et al. "Postpartum anxiety and maternal-infant health outcomes." *Pediatrics* 131.4 (2013): e1218-e1224
- [49] Gibson J, et al. A systematic review of studies valida-

- ting the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. *Acta Psychiatr Scand.* 2009; 119(5):350–64. [PubMed: 19298573]
- [50] Gupton, Annette, Maureen Heaman, and Leo Wang Kit Cheung. "Complicated and uncomplicated pregnancies: women's perception of risk." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 30.2 (2001): 192-201
- [51] Grote, Nancy K., et al. "A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction." *Archives of general psychiatry* 67.10 (2010): 1012-1024
- [52] Leichtenritt, Ronit D., et al. "High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices." *Health & Social Work* 30.1 (2005): 39-47
- [53] Leichtenritt, Ronit D., et al. "High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices." *Health & Social Work* 30.1 (2005): 39-47
- [54] Clauson, Marion I. "Uncertainty and stress in women hospitalized with high-risk pregnancy." *Clinical Nursing Research* 5.3 (1996): 309-325
- [55] Lázaro, José, and Diego Gracia. "La relación médico-enfermo a través de la historia." *Anales del sistema sanitario de Navarra*. Vol. 29. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud, 2006
- [56] Pozzo, Melissa L., Valentina Brusati, and Irene Cetin. "Clinical relationship and psychological experience of hospitalization in "high-risk" pregnancy." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 149.2 (2010): 136-142
- [57] Richter, Magdalena S., Cheryl Parkes, and Jean Chaw Kant. "Listening to the Voices of Hospitalized High Risk Antepartum Patient." *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 36.4 (2007): 313-318
- [58] Leichtenritt, R., Blumenthal, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. *Health & Social Work*, 30, 39-47
- [59] Maloni, J. A., & Kutil, R. M. (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25, 204-210
- [60] Sciscione, Anthony C. "Maternal activity restriction and the prevention of preterm birth." *American journal of obstetrics and gynecology* 202.3 (2010): 232-e1
- [61] Lederman, Regina P., et al. "Maternal development experiences of women hospitalized to prevent preterm birth." *Sexual & Reproductive Healthcare* 4.4 (2013): 133-138
- [62] Røsand, Gun-Mette B., et al. "Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy." *BMC public health* 11.1 (2011): 161
- [63] Nappi, C. "Ostetricia e Ginecologia", Idelson-Gnocchi Ed (2005)
- [64] Coussons-Read, Mary E., et al. "The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation." *Brain, behavior, and immunity* 26.4 (2012): 650-659
- [65] Linee guida Sigo, Agoi, Agui: "Gestione del parto pretermine" Fondazione confalonieri ragonese
- [66] Guidelines N.I.C.E. Perinatal mortality surveillance, England, Wales, and Northern Ireland, CEMACH, Giugno 2008
- [67] Office for National Statistics. Mortality statistics: childhood, infant and perinatal. Review of registrar general on deaths in England and Wales, 2003. London 2005; Cunningham FG, et al. *Williams Obstetrics* 22<sup>nd</sup> ed. 2005
- [68] Steer PJ. The epidemiology of preterm labour. *BJOG: an International journal of obstetrics and gynecology* 2006 Dec; 113 Suppl 3:1-3 RevMan The Cochrane Collaboration 2008
- [69] Dunkel Schetter C, Glynn LM (2011) Stress in Pregnancy: Empirical Evidence and Theoretical Issues to Guide Interdisciplinary Research. In: Contrada RJ, Baum A, editors. *The Handbook of Stress Science Biology, Psychology, and Health*. New York: Springer Publishing Company. pp. 321-343
- [70] Hypertension in pregnancy The management of hypertensive disorders during pregnancy. Issued: August 2010 last modified: January 2011. NICE clinical guideline 107 [guidance.nice.org.uk/cg107](http://guidance.nice.org.uk/cg107)
- [71] Kramer, Michael S., et al. "Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress, and stress hormones." *American journal of epidemiology* 169.11 (2009): 1319-1326
- [72] Dunkel Schetter, Christine. "Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues." *Annual review of psychology* 62 (2011): 531-558
- [73] Gravett MG, Rubens CE, Nunes TM, Group GR (2010) Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. *BMC Pregnancy Childbirth* 10 Suppl 1: S2
- [74] Hobel CJ, Goldstein A, Barrett ES (2008) Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol* 51: 333-348
- [75] Penacoba-Puente C, Monge FJ, Morales DM (2011) Pregnancy worries: a longitudinal study of Spanish women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90: 1030-1035
- [76] Lukasse, Mirjam, et al. "Antenatal maternal emotional distress and duration of pregnancy." *PloS one* 9.7 (2014): e101682
- [77] Ragusa - Crescini *Urgenze ed emergenze in sala parto Piccin, seconda edizione (2017)*
- [78] Costantini, Walter, and Daniela Calistri. *Ostetrica*. Vol. 3. Piccin Nuova libreria, 2013
- [79] Linee guida per il management dell'ipertensione in gravidanza. AIPE (Associazione Italiana Preeclampsia). 2007 EDITEAM gruppo editoriale
- [80] Zotti, A.M., et al. "CBA-H Cognitive Behavioural Assessment-Forma Hospital." *Manuale*. Firenze: Organizzazioni Speciali (2010)
- [81] Guana, Miriam, and Rosaria Cappadona. *La disciplina ostetrica: teoria, pratica e organizzazione della professione*. Macgraw. Hill, 2011




# LUCINA

## 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](http://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 fisso e cellulare /privato;**
- **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](mailto: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**