



# LVCINA

LA RIVISTA  
DELL'OSTETRICA/O

ANNO VIII  
4/2018



**1978**  
**Nasce il Sistema  
Sanitario Nazionale:  
luci e ombre**

# SOMMARIO

## EDITORIALE

- 1 1978. Nasce il Sistema Sanitario Nazionale: luci e ombre  
di **Maria Vicario**

## FNOPO

- 2 Viaggio di conoscenza in Tanzania con il CUAMM  
di **Silvia Vaccari**
- 4 35° Congresso Nazionale FNOPO: un vero successo

## FORMAZIONE

- 8 Il fabbisogno formativo per il corso di Laurea in Ostetricia A.A. 2018-2019  
di **Angelo Mastrillo**
- 8 Ministero della Salute: rinnovati i Comitati Nazionali Sicurezza Alimentare e Tecnico Sanitario

## PROFESSIONE

- 10 Mamme libere dal fumo nell'ASL TO4. Un progetto multidimensionale  
di **Laura Troglia**  
**Anna Romano**
- 12 Errata corrige
- 17 Fumo passivo. Nelle bambine aumenta il rischio di sviluppare artrite reumatoide da adulte
- 18 Proposta di check-list operativa per l'esecuzione di un Bilancio di Salute perineale standardizzato in gravidanza e puerperio  
di **Michela Miletta**  
**Erica Pirro**
- 20 Fertilità record in Alto Adige. I nuovi nati sono il 10,2% contro la media italiana del 7,6
- 25 Implementazione dell'ambulatorio del Bilancio di Salute a termine di gravidanza presso l'Ospedale Valduce di Como: studio osservazionale descrittivo  
di **Giulia Cocco**  
**Donatella Bertoli**  
**Elena Vincifori**

## STUDI

- 31 Il periodo espulsivo: tempi e modi dell'assistenza  
di **Giulia Maga**  
**Elsa Del Bo**  
**Lucia Rovati**  
**Sabina Potenza**
- 36 Colestasi gravidica. Studio osservazionale in un singolo centro. Outcomes a breve e lungo termine  
di **Maria Francesca Di Pasquale**



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

Organo ufficiale della



Anno VIII numero 4

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 novembre 2018

# 1978. Nasce il Sistema Sanitario Nazionale: luci e ombre

di **Maria Vicario**

La Legge 833/1978 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" del 23 dicembre 1978 ([www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_231\\_allegato.txt](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_231_allegato.txt)), legge della Repubblica italiana, ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale e ha soppresso il sistema mutualistico. La prima legge di *Riforma Sanitaria*, nel Titolo I "Il servizio sanitario nazionale" afferma un principio fondamentale: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale". Un principio costituzionalmente garantito ([www.senato.it/1025?sezione=121&articolo\\_numero\\_articolo=32](http://www.senato.it/1025?sezione=121&articolo_numero_articolo=32)) che la Repubblica tutela attraverso Competenze e Strutture al fine di garantire uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale fissando i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini (articolo 53).

Con l'istituzione del SSN (Legge 833/1978) si dà avvio alla prima vera riforma sanitaria che, da un lato, introduce principi democratici di uguaglianza, di partecipazione democratica e di globalità degli interventi e, dall'altro, invoca il coordinamento tra istituzioni coinvolte: lo Stato, cui compete la programmazione, il coordinamento e il finanziamento; le Regioni, deputate a concorrere alla programmazione mediante la stesura dei Piani Sanitari Regionali e chiamate a organizzare le Unità Sanitarie Locali (U.S.L.) e, infine, le stesse U.S.L. erogatrici dei servizi a livello locale, oggi diversamente titolate. La Legge 833/1978 produce un epocale cambiamento nell'organizzazione della sanità italiana che ha ricadute anche sulla configurazione professionale dell'ostetrica.

L'eliminazione dell'istituto della condotta ostetrica e il confinamento della nascita all'interno delle strutture ospedaliere determinano una cesura rispetto al modello assistenziale garantito dall'ostetrica condotta sul territorio e a domicilio, dando vita a una nuova socializzazione pubblica del suo ruolo, che però vede diluito il suo rapporto diretto con la donna/coppia e comunità. Con la soppressione della condotta ostetrica l'autonomia che caratterizza le ostetriche condotte lascia il passo alla subordinazione, conseguenza principale dell'inserimento della figura professionale all'interno di contesti lavorativi rigidamente strutturati e fortemente gerarchizzati. Il trasferimento della nascita nelle strutture ospedaliere determina un'accelerazione del processo di medicalizzazione del percorso nascita e, in modo particolare, del parto. L'introduzione e il ricorso massiccio alle tecnologie, che testimoniano uno sviluppo scientifico senza precedenti, contribuiscono a diffondere e ad accrescere la fiducia nella medicina ma nello stesso tempo privano la nascita della sua caratteristica di evento naturale trasformandolo sempre più in un intervento sulla nascita.

La Federazione Nazionale degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO), organo politico della Categoria ostetrica, ha attivato nel 2017 un percorso per la promozione del modello di cura bio-psico-sociale, dove la nascita viene vista primariamente come un evento fisiologico nel quale l'assistenza fornita è basata su prove di efficacia e gli eventuali interventi vengono adottati solo quando clinicamente necessario. La FNOPO ha sentito la necessità di attivare, in collaborazione con i referenti dei tre Centri Nascita (CN) italiani (GE/FI/TO) e di ostetriche che operano in UK, un percorso che porti alla individuazione dei criteri caratterizzanti e qualificanti di un Centro Nascita, alla definizione di un glossario che permetta la condivisione omogenea di linguaggi e di procedure, a partire dalla stessa definizione di cosa sia un CN e della sua *mission* all'interno del Sistema Sanitario Nazionale. Filosofia di fondo del processo attivato dalla FNOPO risiede nel 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/downloads/Documento%20BRO1.pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Documento%20BRO1.pdf)) che ha rappresentato il motivo di fondo del 35 Congresso Nazionale di Categoria che si è svolto a Modena nei giorni 5 e 6 ottobre 2018 ([www.fnopo.it/news/programma-35--congresso-nazionale-della-fnopo.htm](http://www.fnopo.it/news/programma-35--congresso-nazionale-della-fnopo.htm)).

Alle ombre scaturite dalla soppressione della condotta ostetrica, operata dalla Legge 833/1978, sembrano seguire, quindi, delle luci che dovranno concretizzarsi con la implementazione dei Centri Nascita all'interno del Sistema Sanitario Nazionale dove si applichi il modello di cura bio-psico-sociale. Con la finalità di fornire a tutte le ostetriche strumenti organizzativi aggiornati basati su prove di efficacia, la FNOPO ha chiesto al SNLG/ISS, ricostituito a seguito del DM 29 settembre 2017 attuativo dell'art. 3 della Legge 24/2017 ([www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/23/17A07097/sg](http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/23/17A07097/sg)), l'aggiornamento delle Linee Guida Gravidanza Fisiologia ([www.fnopo.it/news/linea-guida-gravidanza-fisiologica.htm](http://www.fnopo.it/news/linea-guida-gravidanza-fisiologica.htm)).

Il 23 dicembre 2018 il Paese festeggia il 40° anniversario dell'istituzione del SSN e la FNOPO si augura che l'evento possa produrre per la donna, la coppia e la collettività le auspicate luci che possono scaturire da una rivalutazione vera e non formale della professione ostetrica sulla base della normativa nazionale e internazionale che ne regola l'esercizio.

# VIAGGIO DI CONOSCENZA IN TANZANIA CON IL CUAMM



**Autrice**

**Silvia Vaccari**  
Vicepresidente FNOPO



Federazione  
Nazionale degli  
Ordini della  
Professione di  
Ostetrica



**MEDICI  
CON L'AFRICA  
CUAMM**

Il 15 giugno 2018, in qualità di Vicepresidente della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO) e per la seconda volta in questi anni, ho accompagnato a Padova le dieci studentesse dei corsi di Laurea in Ostetricia, selezionate dalla FNOPO per il CUAMM, alla giornata di formazione e conoscenza per la preparazione della loro partenza per l'Africa. In quell'occasione per il CUAMM erano presenti Oscar Merante Boschini ed Elsa Pascal.

La giornata è stata interessantissima, le studentesse meravigliose si sono dimostrate mature, molto interessate, partecipi e curiose.

In quella sede mi era stata accennata la possibilità di poter approfondire l'esperienza in Africa, con viaggi brevi, per conoscere le realtà in cui venivano inviati gli studenti, per informare e formare i vari professionisti che avevano intenzione di offrire le proprie competenze a "favore degli ultimi". Mai però avrei pensato che venisse offerta a me questa opportunità.

## RIASSUNTO

Esistono ragioni sostanziali per concentrare gli sforzi di Medici con l'Africa CUAMM sull'accesso al parto sicuro, sulla continuità e sulla qualità delle cure dei neonati e dei bambini:

- 1. Ragione di priorità.** Mortalità materna e neonatale non hanno subito riduzioni sufficienti a garantire il raggiungimento degli Obiettivi 4 e 5 del Millennio per l'Africa Sub-Sahariana.
- 2. Ragione tecnica.** L'accesso al parto assistito è un indicatore indiretto (*proxy*) di funzionamento di un sistema sanitario nel suo complesso, perché implica la presenza di servizi ostetrici di qualità – basici e avanzati – funzionanti 24 ore su 24 e quindi la disponibilità costante di risorse umane qualificate, farmaci ed equipaggiamento (compresa la possibilità di trasfusioni di sangue), trasporti e comunicazioni che colleghino le famiglie e le comunità con la rete sanitaria periferica e l'ospedale, secondo l'approccio della continuità assistenziale: *continuum of care*.
- 3. Ragione di equità/etica.** La mortalità materna e l'accesso ai servizi per la salute riproduttiva sono tra i principali indicatori del livello di disuguaglianza sociale tra Paesi sviluppati e Paesi meno sviluppati e, all'interno di ogni singolo Paese, tra ricchi e poveri

### Parole chiave

Mamme, bambini, Africa, salute, solidarietà.

## ABSTRACT

There are substantial reasons why Doctors with Africa CUAMM focuses its efforts on access to safe delivery, continuity and quality of care for infants and children:

- 1. Priority reason.** The reduction of maternal, perinatal and neonatal mortality has been largely insufficient to guarantee achievement of Millennium Development Goals nos. 4 and 5 in Sub-Saharan Africa.
- 2. Technical reason.** Access to attended delivery is an indirect (*proxy*) indicator of overall healthcare system performance. This is because it implies the presence of quality obstetric services – basic and advanced – operating round the clock and thus the constant availability of qualified human resources, drugs and equipment (including the possibility of blood transfusions), transport and communications linking families and communities with the peripheral health network and hospital according to the continuum of care approach.
- 3. Equity/ethical reason.** Maternal mortality and the use of reproductive health services present the highest level of social inequality among developed and less developed Countries and, within each individual Country, between the rich and the poor.

### Keywords

Mothers, children, Africa, health, solidarity.



A metà luglio la FNOPO è stata contattata dal CUAMM con la proposta di partecipare a un viaggio conoscitivo in Tanzania. Il Comitato Centrale ha deciso a maggioranza che la FNOPO avrebbe partecipato in quanto garante rispetto agli Atenei, agli studenti, alle Presidenti degli Ordini e alle 22.000 iscritte agli Ordini che hanno creduto nel nostro progetto “*Prima le mamme e poi i bambini*”.

Come Vicepresidente FNOPO decido di partecipare e di partire. È seguito un periodo intenso tra vaccinazioni, richieste per il passaporto, accordi, nuove conoscenze, fino al 16 settembre, giorno della partenza da Roma Fiumicino.

Una data in cui sono culminate emozioni, aspettative, timori, curiosità dei mesi precedenti. Il gruppo in partenza era costituito da due ostetriche, io e Antonella Cinotti; un medico internista in pensione, Piernezo; la moglie Bruna, ex assistente sanitaria; Salvatore, un economista ed Elsa responsabile del settore relazioni con il territorio e *fund-raising* CUAMM.

L'Organizzazione del CUAMM si è rivelata attenta e impeccabile, tanto da essere difficile non lasciarsi coccolare. Un viaggio comunque non facile fatto di voli aerei interminabili (ben 15 ore di volo), aeroporti caotici, controlli al limite dello scrupolo, uno scalo ad Addis Abeba durato tre ore, durante le quali abbiamo visto passare al nostro fianco persone di ogni etnia con i loro odori, i colori dei loro vestiti, la loro cultura. Un'esperienza che ci ha fatto comprendere come non siamo il centro del mondo, ma facciamo parte di quel mondo.

Finalmente siamo arrivati a Dar es Salaam. Qui siamo stati accolti da due *driver*, che saranno i nostri compagni di viaggio per tutta la settimana: giovani ed esperti autisti che ci hanno accompagnato alla *guest house* CUAMM.

Stanche ma felici, siamo state accolte e ospitate da Matteo Capuzzo, *Country Manager* Tanzania. Al primo impatto mi sono sentita subito a casa, una percezione per me nuova durante un viaggio, tanto da rimanerne stupita.

La serata è il momento dedicato alla conoscenza: tutti seduti attorno a un grande tavolo e Matteo viene assalito dalle nostre domande alle quali non si sottrae, anzi.

Medici con l'Africa CUAMM è tra le maggiori organizzazioni non governative sanitarie italiane per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane. Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo. A tale scopo si impegna nella formazione in Italia e in Africa delle risorse umane dedicate nella ricerca e nella divulgazione scientifica e nell'affermazione del diritto umano fondamentale della salute per tutti. Due essenzialmente i suoi obiettivi:

- migliorare lo stato di salute in Africa, nella convinzione che la salute non è un bene di consumo, ma un diritto umano universale, per cui l'accesso ai servizi sanitari non può essere un privilegio;
- promuovere un atteggiamento positivo e solidale nei confronti dell'Africa, ovvero contribuire a far crescere nelle istituzioni e nell'opinione pubblica interesse, speranza e impegno per il futuro del continente africano.

Medici con l'Africa CUAMM non opera in teatri di guerra, seppure in diversi momenti si sia trovato al centro di emergenze umanitarie in cui ha deciso di collaborare con le autorità locali (soprattutto in Sudan del Sud, dalla creazione dello Stato nel 2011, o durante l'epidemia di Ebola in Sierra Leone). Opera a diversi livelli del sistema sanitario: dalle cliniche mobili sul territorio alle università, con l'obiettivo di fornire servizi di qualità accessibili a tutti.

## 35° Congresso Nazionale FNOPO: un vero successo

A Modena nei giorni 5 e 6 ottobre 2018 si è tenuto il 35° Congresso Nazionale FNOPO **“L’ostetrica nel percorso a basso rischio ostetrico: ambiti, esperienze e nuove frontiere”** che ha riscosso un notevole interesse di pubblico ([www.fnopo.it/news/programma-35--congresso-nazionale-della-fnopo.htm](http://www.fnopo.it/news/programma-35--congresso-nazionale-della-fnopo.htm)). Il Congresso, realizzato dalla FNOPO in stretta collabo-

razione con il Coordinamento Ordini della Professione di Ostetrica della Regione Emilia Romagna, si è svolto nella splendida ambientazione di Palazzo Ducale, sede dell’Accademia Militare, e allietato dal Coro Gospel & MoRe.

Ai saluti delle Autorità Regionali, Provinciali e Comunali sono seguiti quelli delle Società Scientifiche di settore, quelli dei medici specialisti di area e del mondo accademico, mentre per la FNOMCeO il Presidente Filippo Anelli e per la FIMMG il Segretario Generale Silvestro Scotti, nel loro saluto in teleconferenza, hanno ribadito l’importanza della collaborazione con le ostetriche italiane al fine di adottare strategie comuni e raggiungere obiettivi condivisi, nel pieno riconoscimento delle peculiarità professionali.

La mattina del 5 ottobre si sono svolte le attività dell’Atelier Didattico con la partecipazione di giovani ostetriche con i loro contributi (tesi e poster) e la premiazione delle autrici delle prime migliori tre tesi e il migliore poster.

Vincente è stata la riproposizione della formula **“Tavole rotonde multiprofessionali”** presentate, in ogni sessione di lavoro, dalle componenti del Comitato centrale FNOPO, le dottoresse Marialisa Coluzzi, Cinzia Di Matteo, Caterina Masé, Iolanda Rinaldi, Silvia Vaccari, Martha Traupe e Maria Vicario. Vivo interesse ha suscitato il confronto costruttivo tra i diversi **“attori”** del percorso nascita (Neonatologo, Ginecologo, Ostetrica e Medico Legale) dal quale sono emerse anche le criticità attuali del sistema di cura italiano nell’area materno-infantile. Nella Tavola rotonda **“Collocazione delle aree funzionali Basso Rischio Ostetrico”** hanno rappresentato la loro esperienza i Referenti delle uniche tre Aree Funzionali Basso Rischio Ostetrico (BRO), secondo il modello *alongside* (Ospedale Careggi di Firenze, Ospedale S. Martino di Genova e Ospedale S. Anna di Torino).

Non sono mancati anche i confronti con le esperienze professionali internazionali grazie al punto di vista privilegiato del Midwifery Unit Network (MUNet) che rappresenta la rete dei centri nascita europei e, attraverso i quali si è sottolineato, ancora una volta, come sia importante adottare Standard condivisi per le procedure di assistenza, la tipologia dei luoghi, le caratteristiche del personale ostetrico e i criteri d’inclusione delle gestanti nell’accesso ai centri nascita in caso di gravidanza fisiologica. Tali Standard, discussi e condivisi a livello europeo nel luglio scorso, sono stati adottati e tradotti dal MUNet e dalla Federazione nazionale che li presenterà presso i decisori ministeriali. Infine, la mancata implementazione dei modelli assistenziali a basso rischio ostetrico delineati, in applicazione dell’ASR 2010, dal Ministero della Salute nel documento prodotto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale nel 2017 (<http://fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/Documento%20BRO1.pdf>).



Al termine dei lavori l’Assemblea ha approvato all’unanimità la Mozione finale del 35° Congresso Nazionale FNOPO che contiene soprattutto gli impegni e le richieste della Federazione che, nelle forme di rito, saranno rappresentate nelle sedi istituzionali ([www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/MOZIONE-FINALE-35CONGR-FNOPO1.pdf](http://www.fnopo.it/custom/fnopo/writable/downloads/MOZIONE-FINALE-35CONGR-FNOPO1.pdf)).

Il CUAMM opera in Tanzania senza sosta dal 1968, quando arrivò il primo medico di Medici con l'Africa CUAMM. Nel 2014 l'intervento del CUAMM ha raggiunto 2.081.000 abitanti con 11.541 parti naturali assistiti, 1.374 cesarei eseguiti, diagnosticando 496 bambini per malnutrizione severa acuta e 233 bambini per malnutrizione moderata acuta. Nelle regioni di Iringa e Njombe presso l'ospedale di Tosamaganga e il suo bacino d'utenza, i risultati sono stati: miglioramento della qualità dell'assistenza ostetrica e neonatale nell'ospedale di Tosamaganga; riduzione delle morti materno-infantili con un aumento delle visite prenatali e del numero dei parti assistiti; formazione degli operatori di salute comunitaria; la nascita dei *Community Health Workers* per promuovere il parto assistito e la verifica dello stato nutrizionale della comunità; l'implementazione di nuove linee guida nazionali per la salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile a livello comunitario; la formazione di unità di supporto nutrizionali per la corretta identificazione e il successivo trattamento della malnutrizione severa e acuta.

Nella regione di Morogoro presso l'ospedale diocesano St. Kizito di Mikumi, nel distretto di Kilosa, grazie al CUAMM si è registrato un rafforzamento della struttura sia dal punto di vista gestionale sia da quello clinico ed è stata garantita l'accessibilità ai servizi e la loro buona qualità. Nella regione di Shinyanga l'obiettivo è aumentare il numero di persone che si sottopongono al test dell'Hiv, formare personale locale sanitario e favorire la riabilitazione del centro di salute del Bugisi.

Il giorno dopo siamo partiti da Dar, direzione Tosamaganga, mentre Matteo è andato via salutandoci con un arrivederci e un grande sorriso. È stato un viaggio interminabile: sopraffatte dalla polvere, dal caldo, in un paesaggio da paura, attraversando diversi villaggi. L'andatura della jeep era talmente lenta, costretti su strade pericolose, da farci credere di far parte anche noi del panorama.

Bambini, donne, uomini ci guardavano con la stessa curiosità che avevamo noi nei loro confronti. Non me la sono sentita di fotografarli, per rispetto. Li voglio ricordare così. Abbiamo attraversato un parco dove ci sono venuti incontro animali che avevo visto solo sui libri di scuola o nei documentari. Che siano loro i padroni di quel territorio è ben chiaro, noi siamo solo gli ospiti e cediamo il passo.

Finalmente siamo arrivati in un paese in altura, Iringa. Qui la temperatura è cambiata, molto più mite, e veniamo accolti da Sara, del CUAMM, da Giovanni Torelli, medico internista ed ematologo, e dalla moglie Alessandra, anestesista. Tutti e due lavoravano all'Ospedale pediatrico Umberto I di Roma.

Giovanni ci invita a casa sua, qui veniamo accolti dalla sua numerosa e meravigliosa famiglia: quattro figli, due cani e numerose galline.

Una meraviglia fatta di serenità e di pace interiore. Un tramonto con luci incredibili ci hanno ospitato a cena. Dividere un piatto di pasta italiana è come mangiare caviale per chi rimane tanto tempo lontano da casa. Mi perdo nei racconti di questi quattro ragazzi, entusiasti della loro nuova vita. Solo grazie alla loro determinazione sono riusciti a creare un gemellaggio sportivo con una squadra di



basket locale Ruaha Basket Foundation/Esquilino Basket. Esquilino è il loro quartiere dove vivevano a Roma.

Credo abbia ragione Giovanni Torelli quando sottolinea che forse lì è più facile insegnare ai propri figli il senso della solidarietà, perché non vi sono sovrastrutture, lo stile di vita è semplice e la ricchezza dei rapporti umani aiuta a migliorare anche le dinamiche familiari.

Stanchi e confusi da questa nuova realtà, siamo andati nelle nostre stanze. Chiudersi dentro le zanzariere è un po' come chiudersi in posizione fetale, nel silenzio totale, nel buio che contraddistingue queste zone. Senza televisione né cellulari, si ripensa alle conversazioni, ai rapporti umani intrecciati e in un attimo iniziano i paragoni con la vita che si fa tutti i giorni.

Al mattino successivo, partenza per gli *health center*. Giovanni ci accompagna, prendiamo visione delle strutture e veniamo accolti da infermieri. Uno di loro è il dirigente/responsabile della struttura in cui sono allestiti ambulatori di medicina generale e una sessione di accoglienza per donne al termine di gravidanza, che si recano in questo presidio sanitario o quando debbono eseguire semplici controlli o quando stanno per partorire, per essere più sicure di essere assistite dato che non ci sono tanti mezzi per il trasporto. Lì lavora un ginecologo tanzaniano.

La sezione donne gravide, molto pulita, in ordine e con tanti letti dotati di coperte colorate, è pronta per un eventuale parto. Ci viene mostrata con orgoglio e hanno ragione: ogni piccolo particolare è stato curato per accogliere le donne e i loro accompagnatori dimostrando che con poco e con tanta passione a volte si costruisce tanto.

Di fianco a questa sezione è stata creata una cucina da campo, per favorire le loro necessità e quelle dei parenti. Inoltre, si insegna loro a bollire l'acqua, a cuocere correttamente i cibi ed evitare bracieri per terra che sono spesso causa di grandi ustioni nei bambini che vi cadono sopra. Lì ce n'erano tanti ridotti in pessime condizioni. Dopo siamo passati alla verifica delle attività che in modo minuzioso e preciso registrano su verbali enormi, riportando numero di accessi al giorno, attività, prestazioni e, con mia grande sorpresa, una reportistica mensile degna del CEDAP e dettagliata su parti, tagli cesarei, EPP, complicanze ostetriche da parto, numero nati, APGAR, assistenze neonatali, numero giorni di ricovero, nati vivi, nati morti o deceduti dopo la nascita.

Ho incontrato professionisti precisi che ci hanno accolto con molta disponibilità e desiderosi di confrontare le loro competenze con le nostre, orgoglioso del loro ruolo professionale.

In Tanzania il taglio cesareo non è gratuito, come la Sanità, ed è grazie all'impegno del CUAMM se il Progetto della salvaguardia della salute delle donne che rientra nel "Prima le mamme e poi i bambini. Accesso gratuito al parto sicuro e cura del neonato" lo rende possibile per le donne che ne hanno bisogno.

## Il taglio cesareo

Per ciò che riguarda l'accesso al taglio cesareo – il più importante servizio di emergenza ostetrica – in molti Paesi meno del 5% (il livello minimo atteso) delle donne gravide può beneficiarne. In questo caso si tratta per lo più di persone che vivono in un contesto urbano e che appartengono alle categorie sociali più ricche. In Africa sono numerosi i Paesi in cui la percentuale è al di sotto dell'1%. Una situazione, quest'ultima, definita di deprivazione massiccia che colpisce soprattutto le comunità rurali e le donne povere. A ostacolare l'accesso delle donne all'assistenza sanitaria non c'è soltanto un cattivo funzionamento del sistema sanitario, ci sono anche altre barriere, soprattutto di natura economica, la mancanza di denaro, l'eccessiva distanza dai centri sanitari e la scarsità dei mezzi di trasporto. A ciò si affiancano anche barriere di tipo sociale e culturale come l'insufficienza o la mancanza di informazioni sulla salute riproduttiva e sui servizi sanitari a essa collegati, lo scarso livello di autonomia decisionale delle donne in ambito familiare, la preferenza per un'assistenza femminile e altre ancora.

L'insieme di queste cause spiega il fatto che la domanda di servizi materni accessibili e di buona qualità sia scarsa e, di conseguenza, che molte donne preferiscano partorire in casa, da sole o assistite da parenti o da ostetriche tradizionali. Il modello della continuità assistenziale, che considera il ciclo di vita (controllo della fertilità, controllo della gravidanza, gestione del parto e delle emergenze ostetriche e neonatali, assistenza *post partum* alla mamma e al bambino) e i livelli di erogazione delle prestazioni efficaci (ospedale, rete sanitaria territoriale, famiglie/comunità fra loro collegati da un sistema di trasporto e di



comunicazione), rappresenterà lo schema di riferimento per l'analisi dei bisogni sanitari e per il monitoraggio e la valutazione degli interventi. In rapporto al grado di sviluppo del sistema sanitario, saranno promosse strategie a favore del potenziamento dell'infrastruttura sanitaria periferica e del coinvolgimento diretto della comunità e delle famiglie nell'erogazione delle prestazioni essenziali a favore delle mamme e dei neonati. L'assistenza qualificata al parto è il determinante più efficace per ridurre la mortalità materna e neonatale.

La grave penuria di personale sanitario che affligge l'Africa sarà affrontata in vari modi, in collaborazione con le autorità locali: sostenendo le scuole per infermieri e ostetriche e le università locali, per aumentare il numero di operatori qualificati; favorendo il reclutamento del personale nelle aree più povere e disagiate; introducendo un sistema di incentivi (ad esempio, casa, *bonus*, ecc.) legati anche alla *performance*; lavorando per il miglioramento della qualità delle prestazioni, in particolare delle emergenze ostetriche e neonatali, attraverso la formazione sul campo, la supervisione e l'*audit*. In accordo con le autorità locali e gli amministratori degli ospedali *non for profit*, sono state abolite le tariffe ospedaliere, favorendo l'accesso gratuito delle donne al parto e al cesareo e, allo stesso tempo, sono state studiate forme di finanziamento alternative, come l'istituzione di un fondo per sostenere i costi del trasporto per le partorienti. L'equità degli accessi all'ospedale è stata monitorata attraverso un sistema di raccolta dati sullo stato socio-economico delle donne ricoverate nei reparti di maternità.



Abbiamo visitato anche l'ospedale di Tosamaganga che assicura il parto gratuito e prevede la presenza costante di un ginecologo. In questo ospedale si seguono le mamme nella fase dell'allattamento al seno e poi dello svezzamento e i bambini fino ai 5 anni di vita con un pediatra. Il Tosamaganga Centre è situato nel tranquillo villaggio di Ipamba, a 20 km da Iringa, sempre in Tanzania. La struttura ospita personale CUAMM, partecipanti ai corsi organizzati da Progetti CUAMM, amici e visitatori. È suddivisa in un Reparto Uomini, un Reparto Donne, Pediatria, Ortopedia, Ginecologia, Neonatologia, Sala ragazzi, Ambulatori e una Sezione soggetti HIV +.

Abbiamo visitato la Neonatologia in cui si trovano incubatrici da trasporto e altre incubatrici. In ognuna erano ospitati due bambini molto piccoli. Il pediatra presente, un italiano, ci ha spiegato che questi sono tutti bambini nati a termine di gravidanza, ma con grandi problemi di malnutrizione. Le mamme soggiornano insieme ai loro bambini e viene proposta e garantita la *Kangaroo Mother Care* e il sostegno all'allattamento.

Abbiamo conosciuto la Coordinatrice delle ostetriche, gentilissima ed affettuosissima, che ci ha illustrato le loro attività in sala parto e degenza, interamente gestite da ostetriche locali.

Un recente studio randomizzato del CUAMM, pubblicato su *Pediatrics*, ha evidenziato che l'uso dei cappellini e calzini di lana nei nati prematuri garantisce a questi piccoli una possibilità di sopravvivenza.

Le nostre valigie erano piene di cappellini, copertine, calzini, utili allo studio, utili ai bambini e alle loro mamme.

Una volta al mese una équipe di medici e infermieri tedeschi si recano in ospedale e operano in casi complessi sia bambini che adulti.

In questo ospedale il personale del CUAMM propone diversi progetti per le mamme.

Il primo è un corso di cucina e di cultura alimentare rivolto alle mamme che hanno bambini ricoverati per malnutrizione. Qui una professionista del CUAMM insegna loro come gestire il poco cibo a disposizione nelle famiglie e cucinarlo in modo da favorire una alimentazione corretta. Il secondo progetto è una sala giochi per i bambini degenti e le famiglie, tale da favorire una genitorialità a volte scontata da noi, ma che non lo è nella loro cultura.

Abbiamo conosciuto un mondo tutto al femminile con molte ombre, vite semplici, scandite dal ritmo naturale che il sole consegna a ogni giornata africana, a tutte le latitudini. Mamme, nonne, figlie impegnate a cucinare, a fare il bucato, ad accudire i bambini. Donne che reggono, da sole, l'equilibrio essenziale di una vita che ha per casa una capanna spoglia e per letto il suolo della terra nuda. Gli uomini spesso non lavorano e bevono alcolici.

L'istruzione non è per tutti, solo pochi possono accedere agli studi. Quelli che se li possono permettere sostengono che non siano neanche di grande qualità. Le distanze dai villaggi alle scuole sono notevoli e i mezzi di trasporto sono pochi e costosi.

Avrei mille altre cose da raccontare, immagini che mi si sono stampate negli occhi, nella mente e nel cuore.

Immagini di uomini, di donne, di professionisti o di semplici cittadini che lavorano fianco a fianco, discreti e in punta di piedi, che suggeriscono, che si confrontano nel rispetto della cultura locale, delle abitudini, della storia di questo Paese.

Un Paese che ha un ritmo lento, dove le giornate sono scandite dal sorgere del sole e dal tramonto ricco di colori, per arrivare al buio pesto della notte e al silenzio che lascia spazio alla mente di riposare, riflettere e rigenerarsi.

Dove si sta insieme attorno a un tavolo, si mangiano anche piccoli pasti insieme in famiglia. Qui mi sono sentita accolta e ho pensato che avere messo a disposizione delle nostre studentesse questa opportunità sia stato il più grande dono che la comunità delle ostetriche potesse offrire loro.

Il CUAMM ha creato per loro percorsi di sicurezza, con tutor preparati e disponibili.

Una mia amica poco prima di partire ha scritto: "Quando attraversi un periodo difficile, quando tutto sembra opporsi a te... quando senti che non potresti sopportare un altro minuto, non mollare... Resisti!!! Perché è quello il momento e il luogo in cui il tuo destino cambierà".

Grazie Romina Corbara, Antonella, Elsa, Salvatore, Bruna, Pierzeno, Giovanni, Matteo.

Ero e sono stata nel posto giusto al momento giusto.

## Bibliografia

- [www.mediciconlafrica.org](http://www.mediciconlafrica.org)

# IL FABBISOGNO FORMATIVO PER IL CORSO DI LAUREA IN OSTETRICA A.A. 2018-2019

## Autore

### Angelo Mastrillo

Segretario della Conferenza Nazionale

Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

Docente Corso di Laurea in Tecniche

di Neurofisiopatologia, Università di Bologna



## Il quadro aggiornato in sintesi

### Fabbisogno formativo

A differenza dello scorso anno, in cui si registrò una quasi parità di proposte fra 722 posti delle Regioni e 744 della Professione, quest'anno la differenza è di -214 da parte delle Regioni (-24%) che hanno ridotto da 722 a 663 (-8,2%), con la Professione che invece ha aumentato da 742 a 877 (+18%). Come conseguenza il MIUR ha aumentato i posti a bando: da 690 a 792, pari al +15%, considerando anche l'aumento del Potenziale formativo della Università da 888 a 916 (+3,2%).

### Sedi universitarie

La ripartizione dell'offerta formativa copre tutto il territorio nazionale, con 48 sedi attivate in 34 Università e con una media di 17 studenti per sede, che è più alta dei 14 dello scorso anno. In proporzione agli abitanti, con rapporto PMP nazionale di 13, sarebbe elevata per Emilia Romagna (19), Lazio (19), Abruzzo (25), Campania (18), Basilicata (18) e Sardegna (21).

## Ministero della Salute: rinnovati i Comitati Nazionali Sicurezza Alimentare e Tecnico Sanitario

Il Comitato Nazionale Sicurezza Alimentare (CNSA), organo tecnico-consultivo del Ministero della Salute, è stato rinnovato con Decreto ministeriale del 19 settembre 2018 ([www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=66203&parte=1%20&serie=null](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=66203&parte=1%20&serie=null)).

Il CNSA è articolato in due sezioni:

- Sezione per la sicurezza alimentare, che ha compiti di consulenza tecnico-scientifica alle Amministrazioni che si occupano di gestione del rischio in materia di sicurezza alimentare e formula pareri scientifici;
- Sezione consultiva delle associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare, che realizza la funzione di confronto tra istituzioni pubbliche e associazioni dei consumatori e dei produttori in materia di sicurezza alimentare.

Il Comitato Tecnico Sanitario (CTS) del Ministero della Salute, rinnovato con Decreto del 26 settembre 2018 ([www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=66201&parte=1%20&serie=null](http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2018&codLeg=66201&parte=1%20&serie=null)), è un organismo collegiale, articolato in più sezioni, che fornisce supporto al Ministero attraverso l'espressione di pareri tecnici di esperti, in ambiti specifici di competenza dell'Amministrazione (sangue, ricerca, doping, dispositivi medici, pubblicità sanitaria, biotecnologie, lotta all'Aids, terapia del dolore, adeguamento delle strutture sanitarie).

Gli esperti di nomina ministeriale sono stati scelti tra più di 300 curricula pervenuti al Ministero.

| CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA A.A. 2018-19   |                      |       |                           |       |                                      |                   |       |           |                     |       |           |                       |                     |       |           |              |            |                     |               |                   |             |                    |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
|--|----------------------|-------|---------------------------|-------|--------------------------------------|-------------------|-------|-----------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|---------------------|-------|-----------|--------------|------------|---------------------|---------------|-------------------|-------------|--------------------|------------|-----|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-----|--|--|-------|--|--|-------------------------|--|----|-----|-------|-----|-------|----|-----|-------|------|-------|--|--|--|--|--|
| Programmazione posti secondo le Regioni e le Categorie e offerta Università  |                      |       |                           |       |                                      |                   |       |           |                     |       |           |                       |                     |       |           |              |            |                     |               |                   |             |                    |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| Elab. A. Mastrillo   | POPOLAZIONE ABITANTI |       | FEDERAZIONE FNCO Iscritti |       | Occupati a 1 anno di Laurea nel 2016 | Richiesta REGIONI |       |           | Richiesta CATEGORIA |       |           | Potenziale Università | a bando UNIVERSITA' |       |           | Domande      | D/P        | Differenze          |               |                   |             |                    |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
|  |                      |       |                           |       |                                      | *PMP              |       |           | *PMP                |       |           |                       | *PMP                |       |           |              |            | Bando vs Potenziale |               | Regione Categoria |             | Università Regione |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| PIEMONTE   | 4.392.526            | 7,2%  | 1.305                     | 6,4%  | 72%                                  | 25                | 3,8%  | 6         | 50                  | 5,7%  | 11        | 25                    | 25                  | 3,2%  | 6         | 364          | 14,6       | 0                   | 0,0%          | -25               | -50%        | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| V. D'AOSTA   | 126.883              | 0,2%  | 55                        | 0,3%  |                                      | 2                 | 0,3%  | 16        | 0                   | 0,0%  | 0         |                       |                     |       |           |              |            |                     |               | 2                 | >100%       | -2                 | -100%      |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| LOMBARDIA  | 10.019.166           | 16,5% | 3.153                     | 15,5% | 67%                                  | 120               | 18,1% | 12        | 140                 | 16,0% | 14        | 145                   | 130                 | 16,4% | 13        | 854          | 6,6        | -15                 | -10,3%        | -20               | -14%        | 10                 | 8%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| P. BOLZANO   | 524.256              | 0,9%  | 218                       | 1,1%  |                                      | 20                | 3,0%  | 38        | 20                  | 2,3%  | 38        |                       | 20                  | 2,5%  | 38        |              |            |                     |               | 0                 | 0%          | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| P.TRENTO   | 538.604              | 0,9%  | 257                       | 1,3%  |                                      | 0                 | 0,0%  | 0         | 20                  | 2,3%  | 37        |                       |                     |       |           |              |            |                     |               | -20               | -100%       | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| VENETO   | 4.907.529            | 8,1%  | 1.410                     | 6,9%  | 66%                                  | 60                | 9,0%  | 12        | 85                  | 9,7%  | 17        | 60                    | 60                  | 7,6%  | 12        | 457          | 7,6        | 0                   | 0,0%          | -25               | -29%        | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| FRIULI V.G.  | 1.217.872            | 2,0%  | 446                       | 2,2%  | 64%                                  | 16                | 2,4%  | 13        | 20                  | 2,3%  | 16        | 16                    | 16                  | 2,0%  | 13        | 91           | 5,7        | 0                   | 0,0%          | -4                | -20%        | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| LIGURIA  | 1.565.307            | 2,6%  | 417                       | 2,1%  | 74%                                  | 10                | 1,5%  | 6         | 20                  | 2,3%  | 13        | 10                    | 10                  | 1,3%  | 6         | 99           | 9,9        | 0                   | 0,0%          | -10               | -50%        | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| EMILIA R.  | 4.448.841            | 7,3%  | 1.688                     | 8,3%  | 59%                                  | 75                | 11,3% | 17        | 95                  | 10,8% | 21        | 93                    | 84                  | 10,6% | 19        | 587          | 7,0        | -9                  | -9,7%         | -20               | -21%        | 9                  | 12%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| MARCHE   | 1.538.055            | 2,5%  | 581                       | 2,9%  | 42%                                  | 12                | 1,8%  | 8         | 0                   | 0,0%  | 0         | 15                    | 14                  | 1,8%  | 9         | 116          | 8,3        | -1                  | -6,7%         | 12                | 0%          | 2                  | 17%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| TOSCANA  | 3.742.437            | 6,2%  | 1.400                     | 6,9%  | 48%                                  | 40                | 6,0%  | 11        | 55                  | 6,3%  | 15        | 55                    | 47                  | 5,9%  | 13        | 469          | 10,0       | -8                  | -14,5%        | -15               | -27%        | 7                  | 18%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| UMBRIA   | 888.908              | 1,5%  | 433                       | 2,1%  | 41%                                  | 25                | 3,8%  | 28        | 15                  | 1,7%  | 17        | 30                    | 28                  | 3,5%  | 31        | 144          | 5,1        | -2                  | -6,7%         | 10                | 67%         | 3                  | 12%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| LAZIO  | 5.898.124            | 9,7%  | 2.096                     | 10,3% | 62%                                  | 40                | 6,0%  | 7         | 70                  | 8,0%  | 12        | 184                   | 114                 | 14,4% | 19        | 856          | 7,5        | -70                 | -38,0%        | -30               | -43%        | 74                 | 185%       |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| ABRUZZO  | 1.322.247            | 2,2%  | 419                       | 2,1%  | 31%                                  | 11                | 1,7%  | 8         | 30                  | 3,4%  | 23        | 50                    | 33                  | 4,2%  | 25        | 193          | 5,8        | -17                 | -34,0%        | -19               | -63%        | 22                 | 200%       |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| MOLISE   | 310.449              | 0,5%  | 150                       | 0,7%  |                                      | 0                 | 0,0%  | 0         | 0                   | 0,0%  | 0         |                       |                     |       |           |              |            |                     |               | 0                 | 0%          | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| CAMPANIA   | 5.839.084            | 9,6%  | 1.972                     | 9,7%  | 30%                                  | 105               | 15,8% | 18        | 105                 | 12,0% | 18        | 105                   | 105                 | 13,3% | 18        | 500          | 4,8        | 0                   | 0,0%          | 0                 | 0%          | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| PUGLIA   | 4.063.888            | 6,7%  | 1.444                     | 7,1%  | 36%                                  | 20                | 3,0%  | 5         | 0                   | 0,0%  | 0         | 14                    | 14                  | 1,8%  | 3         | 265          | 18,9       | 0                   | 0,0%          | 20                | >100%       | -6                 | -30%       |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| BASILICATA   | 570.365              | 0,9%  | 198                       | 1,0%  |                                      | 10                | 1,5%  | 18        | 10                  | 1,1%  | 18        | 10                    | 10                  | 1,3%  | 18        | 47           | 4,7        | 0                   | 0,0%          | 0                 | 0%          | 0                  | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| CALABRIA   | 1.965.128            | 3,2%  | 563                       | 2,8%  | 40%                                  | 17                | 2,6%  | 9         | 35                  | 4,0%  | 18        |                       |                     |       |           |              |            |                     |               | -18               | -51%        | -17                | 0%         |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| SICILIA  | 5.056.641            | 8,3%  | 1.415                     | 7,0%  | 24%                                  | 30                | 4,5%  | 6         | 62                  | 7,1%  | 12        | 61                    | 47                  | 5,9%  | 9         | 644          | 13,7       | -14                 | -23,0%        | -32               | -52%        | 17                 | 57%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| SARDEGNA   | 1.653.135            | 2,7%  | 684                       | 3,4%  | 33%                                  | 25                | 3,8%  | 15        | 45                  | 5,1%  | 27        | 43                    | 35                  | 4,4%  | 21        | 281          | 8,0        | -8                  | -18,6%        | -20               | -44%        | 10                 | 40%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| <b>TOTALE</b>  | <b>60.589.445</b>    |       | <b>20.304</b>             |       | <b>53%</b>                           | <b>663</b>        |       | <b>11</b> | <b>877</b>          |       | <b>14</b> | <b>916</b>            | <b>792</b>          |       | <b>13</b> | <b>5.967</b> | <b>7,5</b> | <b>-124</b>         | <b>-13,5%</b> | <b>-214</b>       | <b>-24%</b> | <b>129</b>         | <b>19%</b> |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| NORD   | 27.740.984           | 46%   | 8.949                     | 44%   | 68%                                  | 328               | 49%   | 12        | 450                 | 51%   | 16        | 349                   | 345                 | 44%   | 12        | 2.452        | 7,1        | -4                  | -1,1%         | -122              | -27%        | -105               | -23%       |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| CENTRO   | 11.851.716           | 20%   | 4.348                     | 21%   | 53%                                  | 116               | 17%   | 10        | 170                 | 19%   | 14        | 517                   | 222                 | 28%   | 19        | 1.585        | 7,1        | -295                | -57,1%        | -54               | -32%        | 52                 | 31%        |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| SUD  | 20.780.937           | 34%   | 6.426                     | 32%   | 32%                                  | 207               | 31%   | 10        | 257                 | 29%   | 12        | 283                   | 211                 | 27%   | 10        | 1.930        | 9,1        | -72                 | -25,4%        | -50               | -19%        | -46                | -18%       |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| *PMP = Per 1 Milione di Popolazione  |                      |       |                           |       |                                      |                   |       |           |                     |       |           |                       |                     |       |           |              |            |                     |               |                   |             |                    |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">A.A. 2017-18</th> <th>45%</th> <th colspan="3">722</th> <th colspan="3">742</th> <th colspan="3">888</th> <th colspan="3">690</th> <th colspan="3">6.174</th> </tr> <tr> <th colspan="2">Differenza 2018 vs 2017</th> <th>8%</th> <th>-59</th> <th>-8,2%</th> <th>135</th> <th>18,2%</th> <th>28</th> <th>102</th> <th>14,8%</th> <th>-207</th> <th>-3,4%</th> <th colspan="5"></th> </tr> </thead> </table> |                      |       |                           |       |                                      |                   |       |           |                     |       |           |                       |                     |       |           |              |            |                     |               |                   |             | A.A. 2017-18       |            | 45% | 722 |  |  | 742 |  |  | 888 |  |  | 690 |  |  | 6.174 |  |  | Differenza 2018 vs 2017 |  | 8% | -59 | -8,2% | 135 | 18,2% | 28 | 102 | 14,8% | -207 | -3,4% |  |  |  |  |  |
| A.A. 2017-18   |                      | 45%   | 722                       |       |                                      | 742               |       |           | 888                 |       |           | 690                   |                     |       | 6.174     |              |            |                     |               |                   |             |                    |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |
| Differenza 2018 vs 2017  |                      | 8%    | -59                       | -8,2% | 135                                  | 18,2%             | 28    | 102       | 14,8%               | -207  | -3,4%     |                       |                     |       |           |              |            |                     |               |                   |             |                    |            |     |     |  |  |     |  |  |     |  |  |     |  |  |       |  |  |                         |  |    |     |       |     |       |    |     |       |      |       |  |  |  |  |  |

### Domande di ammissione

In controtendenza alla bassa occupazione si rileva l'alto interesse degli studenti per l'ammissione ai corsi di Laurea con quasi 6 mila domande sui 792 posti a bando, per un rapporto Domande su Posto (D/P) di 7,5 che è in calo rispetto al 8,9 dello scorso anno, ma conferma il 4° posto nella classifica sui 22 profili, preceduta da Fisioterapista con 13, Logopedista 9 e Dietista 8, rispetto alla media 3,2 di tutti i profili.

Per quanto riguarda il rapporto D/P per le Università delle varie Regioni si rilevano ai primi posti Puglia con 19 e Piemonte con 15, in conseguenza della bassa offerta formativa, al contrario agli ultimi posti con rapporto di 5,1 Umbria e di 4,8 Campania per verosimile eccesso di offerta formativa.

### Occupazione

Basso tasso occupazionale, in media del 48% negli ultimi 10 anni, con trend in calo dal 60% del 2007 al 38% del 2012, e poi in risalita fino al 53% dei laureati del 2016. Differenza di -7 punti percentuali fra il 2007 e il 2016.

Ciò comporta il 15° posto nella classifica generale dei 22 profili, che vede ai primi tre posti con l'88% Fisioterapista, Logopedista e Igienista Dentale, mentre la media generale è al 71%.

Il trend dello stato occupazionale è diverso sulle aree geografiche con aumento per il Nord dal 56% dello scorso anno all'attuale 68% e il Centro dal 37% al 53%, mentre resta stabilmente più basso al Sud con il 32%.

Quasi tutte le Regioni sono in aumento, ad eccezione di Emilia Romagna in cui cala dal 65% al 59%, Abruzzo dal 46% al 31%, Sicilia dal 30% al 24% e Sardegna dal 44% al 33%. L'occupazione continua a rimanere bassa anche in Campania con appena il 30%, seppure aumentato dal 25% dello scorso anno che sarebbe dovuto all'eccessiva offerta formativa di 105 posti invece dello standard di 80. Significativo il rapporto domande su posto di 4,8 che è il più basso a livello nazionale che è di 7,5. Da considerare anche il confronto con la Lombardia, che pur avendo il doppio di abitanti, ha invece 130 posti rispetto ai 105 della Campania.

# MAMME LIBERE DAL FUMO NELL'ASL TO4

## Un progetto multidimensionale

Dalla formazione all'operatività dei servizi: un percorso di integrazione

Smoking free mothers into ASL TO4. A multidimensional project  
From training to services' functioning: a integration process

### Autrici



#### Laura Troglia

CPSE - Ostetrica Coordinatrice  
Regione Piemonte ASL TO4  
SS Formazione e Laurea Infermieristica  
(dal 1° marzo 2018)  
Dipartimento Materno Infantile  
SSD Consultori - sede di Ivrea  
(incarico precedente)  
ltroglia@aslto4.piemonte.it



#### Anna Romano

Medico Dirigente I livello  
Regione Piemonte ASL TO4  
Dipartimento Dipendenze Patologiche -  
S.C. Ser. D Ivrea  
S.S. Settimo-Chivasso  
Centro Trattamento Tabagismo  
aromano@aslto4.piemonte.it

### RIASSUNTO

“Mamme libere dal fumo” è un progetto nazionale di prevenzione, promosso dal CCM e rivolto alle donne gravide e agli operatori sanitari, avviato anni fa sulla base delle evidenze scientifiche raccolte nell'ambito di progetti preventivi finalizzati alla tutela della salute del bambino. Tale formazione è stata ispirata ai modelli di *counseling* breve sostenuti dall'OMS. La quota di donne fumatrici in età fertile, infatti, è piuttosto consistente nonostante siano ampiamente dimostrate sia le conseguenze del fumo in gravidanza sullo sviluppo del feto, sia quelle del fumo passivo per la crescita del bambino.

La letteratura riporta come la gravidanza sia un periodo di particolare sensibilità e ricettività per i consigli sulla salute. La gravidanza, infatti, potrebbe essere identificata come un *Teachable Moment* (TM) nella «carriera» del fumatore.

A tal proposito, si sottolinea che «il *counseling* presenta caratteristiche di efficacia, basso costo e relativa facilità di implementazione» e l'ostetrica risulta essere un «operatore privilegiato» nel processo di *counseling*.

L'importanza di tale argomento ha permesso di progettare e realizzare, all'interno dell'ASL TO4 Regione Piemonte, un progetto formativo interno, strutturato secondo le particolari esigenze organizzative e del territorio con riscontro sul “cliente finale”, il cittadino, ma rivolto anche agli operatori del settore. Il progetto “Mamme libere dal fumo”, pertanto, è diventato un programma di lavoro integrato, riprogettato a livello locale, che ha visto la partecipazione e la collaborazione di diversi servizi,

i quali sono stati impegnati in compiti differenti ma complementari, a seconda delle diverse fasi dello stesso progetto.

L'aspetto organizzativo è stato tradotto in una scheda di rilevazione cartacea, che gli operatori hanno avuto il mandato di compilare durante lo svolgimento dell'attività con la raccolta di 453 schede i cui dati sono stati elaborati e discussi all'interno del presente articolo.

Nel corso dei primi mesi dell'anno 2017 è stato progettato e attuato un corso di formazione di *retraining*. Il lavoro dei gruppi condotto all'interno dei corsi, relativo all'analisi delle criticità organizzative e possibili soluzioni legate all'utilizzo dello strumento della scheda di *counseling* e non solo, ha fatto emergere alcune proposte al fine di attivare un processo di miglioramento continuo.

Il progetto “Mamme Libere dal Fumo” promosso dal CCM del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ripensato e riprogettato a livello locale con una particolare attenzione agli aspetti di integrazione di Servizi diversi e di continuità nel tempo nell'ASL TO4, si è rivelato un modello di lavoro che prevede un'integrazione su vari aspetti sia organizzativi sia culturali/professionali e che se la prevenzione deve essere efficace è necessario intervenire su almeno due dimensioni: la dimensione spaziale e la dimensione temporale.

#### Parole chiave

*Counseling* motivazionale breve, fumo, integrazione servizi.

## Introduzione

“Mamme libere dal fumo” è un progetto nazionale di prevenzione, promosso dal CCM (Centro Nazionale Prevenzione Controllo Malattie) e rivolto alle donne gravide e agli operatori sanitari, avviato più di 15 anni fa sulla base delle evidenze scientifiche raccolte nell’ambito di progetti preventivi finalizzati alla tutela della salute del bambino.

Il progetto ha coinvolto diverse regioni italiane, tra cui il Piemonte, attraverso una formazione a cascata rivolta, inizialmente in modo prioritario, al personale ostetrico.

Tale formazione è stata ispirata ai modelli di *counseling* breve sostenuti dall’OMS. Nel tempo il programma è stato affiancato e integrato ad altri percorsi di prevenzione, quali “GenitoriPiù” e HPH (*Health Promoting Hospital and Health Service*), ottimizzando la sinergia sviluppata tra i temi correlati alla salute del bambino e della famiglia.

Tali programmi hanno tra gli scopi comuni quello di rafforzare l’orientamento ai principi e ai metodi della promozione della salute tra gli operatori dei servizi sanitari, con una ricaduta diretta sull’utenza finale.



Le basi teoriche e razionali a cui tale programma si è ispirato riguardano aspetti importanti legati alla “malattia tabagica” e al particolare momento della gravidanza.

La quota di donne fumatrici in età fertile, infatti, è piuttosto consistente – oltre il 17% sia in Italia che in Piemonte (vedi indagini ISTAT “Stato di Salute” e “Aspetti di Vita Quotidiana” a. 2013) –, nonostante siano ampiamente dimostrate sia le conseguenze del fumo in gravidanza sullo sviluppo del feto, sia quelle del fumo passivo per la crescita del bambino.

### ABSTRACT

“Mamme libere dal fumo” or *Smoke-free Mothers* is a national project of prevention, promoted by the CDCP (Centers for Disease Control and Prevention) and oriented to pregnant women and healthcare workers. It has been launched more than 15 years ago and based on scientific evidences collected in the framework of prevention projects for the children healthcare protection. This training was inspired by short counselling models supported by the World Health Organization (WHO). The percentage of women smoking in fertile age, in fact, is quite substantial (more than 17% both in Italy and in Piedmont) despite the fact that the negative consequences of smoking during pregnancy over foetal development and those of passive smoking for child’s growth are clearly demonstrated.

Literature reports that pregnancy is a period of particular sensitivity and receptiveness for health advice, it could be considered as a *Teachable Moment* (TM) during a smoker “career”. In this regard, it is emphasised that “the counselling presents effectiveness characteristics, low cost and relative ease of implementation”.

The importance of this issue allows to plan and then realise, inside the ASL TO4 Piedmont Region, an internal training project structured in accordance with the particular operational and local requirements with a “final customer’s” feedback, the citizen, but directed also, and particularly, to the operators in the sector. Therefore, the project “Smoke-free Mothers” became an integrated work program, redesigned at the local level, with the

contribution and cooperation of numerous services, those were engaged in different but complementary functions according to the different stages of the same project.

The organisational aspect has been translated in a paper version filling form, that the professionals were obliged to fill in during their activity. 453 forms have been collected by the professionals that attended first edition course with a subsequent data processing. The results emerged are very interesting.

During the first months of 2017 a re-training course has been planned and implemented by structuring it in two editions. Group’s work conducted within the courses, concerning the organisational criticality analysis and the possible solutions connected to the use of the counselling form and not only this, has revealed some suggestions for a constant improvement process. The “Smoke-free Mothers” program promoted by the CDCP and the Ministry of Labour, Ministry of Health and Social Policies, reconsidered and redesigned to the local level with a particular attention to the integration of several services and the continuity over time into ASL TO4, has proved to be a working model that include an integration of some aspects, both organisational and cultural/professional and that if prevention must be effective it is necessary to intervene in at least two dimensions: spatial and temporal dimension.

#### Keywords

Short motivational counseling, smoke, services integration.

## Errata corrige

Nel box pubblicato a pagina 19 del n. 2/2018 di *Lucina* sotto il titolo "Ricorso Straordinario al Capo dello Stato FNCO C/ D.C.P.M. 12.01.2017 - Nuovi LEA", la consulente legale della FNOPO – avvocato Anna Lagonegro – è stata erroneamente indicata come "dottoressa", mentre la sua qualifica professionale, in virtù della quale può tra l'altro legittimamente esercitare l'ufficio di difensore in giudizio della Federazione, è quella di "avvocato". Ce ne scusiamo con i lettori e con la stessa interessata, avvocato Anna Lagonegro.

In corso di gravidanza, infatti, il fumo è associato in maniera statisticamente significativa a complicanze per la donna (gravidanza extrauterina, aborto spontaneo, inserzione bassa della placenta, rottura precoce delle membrane) e a numerosi effetti dannosi per il bambino (basso peso alla nascita, parto prematuro, mortalità perinatale, disturbi cognitivi). Alcuni studi hanno inoltre dimostrato che l'esposizione dei neonati al fumo passivo aumenta il rischio di SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*) ed è correlata con un'alta percentuale di bronchiti acute e broncopolmoniti, di esacerbazioni di asma bronchiale e di otiti acute dell'orecchio medio (Sbroglì, 2002).

A tal fine, il PSN 2006-2008 sottolinea l'importanza di favorire la sospensione del fumo di sigaretta tramite interventi di informazione, di sensibilizzazione, di educazione e di organizzazione di sistemi di assistenza, diretti alle donne fumatrici in età fertile e, soprattutto, alle donne fumatrici in gravidanza.

A questo proposito, la letteratura riporta come la gravidanza sia un periodo di particolare sensibilità e ricettività per i consigli sulla salute; la gravidanza, infatti, potrebbe essere identificata come un *Teachable Moment* (TM) nella "carriera" del fumatore.

L'elemento essenziale nei TM è, infatti, proprio la motivazione: motivazione a proteggersi e a proteggere gli altrui interessi, in seguito alla percezione di una minaccia. Il TM è, pertanto, una finestra di opportunità che, tuttavia, sortisce esito positivo principalmente con coloro che già vedono il loro rapporto con il fumo in maniera conflittuale. Gli interventi che si basano sui TM, infatti, sfruttano delle finestre naturali in cui i soggetti sono più sensibili a riconsiderare le proprie credenze e il proprio comportamento e a inoltrarsi verso percorsi di intervento a basso costo, ma ad ampio impatto sulla popolazione.

Per le gravide fumatrici si può considerare come forte TM proprio la gravidanza stessa, nella quale è sicuramente presente, nella donna, il desiderio di proteggere il benessere del feto e, nel suo *setting* di vita quotidiana, anche

una pressione sociale non indifferente, volta a evitarle il fumo durante la gravidanza.

L'indagine Multiscopo ISTAT rileva che tra le donne fumatrici in età fertile, circa il 62% smette spontaneamente di fumare, una volta iniziata la gravidanza, il 30% riduce il consumo, mentre un 8% circa continua a fumare.

Per tutti questi motivi, quindi, gli interventi preventivi offerti in questo periodo di vita risultano particolarmente efficaci (Lumley, 2005). Il *counseling*, ad esempio, durante la gravidanza avrebbe un'efficacia 2-4 volte superiore rispetto allo stesso intervento somministrato alla popolazione generale (Castellanos, 2000). È a tale scopo, dunque, che l'implementazione di interventi per la cessazione dell'abitudine al fumo è raccomandata in tutti i contesti di assistenza materno-infantile.

Una meta-analisi di comparazione dell'efficacia tra interventi di cessazione minimi (*minimal advice* accompagnato dalla distribuzione di materiale di auto aiuto e invio a un programma di cessazione) e interventi di tipo più strutturato (*counseling* più intensivo accompagnato dalla distribuzione di materiale informativo, invio a un programma di cessazione e *follow-up*), effettuati in donne gravide, ha messo in evidenza un aumento del tasso di cessazione di circa 3 volte maggiore in questi ultimi (Fiore, 2000)<sup>1</sup>.

A tal proposito, si sottolinea che «il *counseling* presenta caratteristiche di efficacia, basso costo e relativa facilità di implementazione».

## Gravidanza e fumo, un problema di sanità pubblica: obiettivi e metodi del progetto

In Italia si contano più di 11 milioni di fumatori. Di questi, poco meno di 5 milioni sono donne e una buona metà hanno dai 20 ai 40 anni, età che coincide, per molte, con l'esperienza di diventare madre<sup>2</sup>.

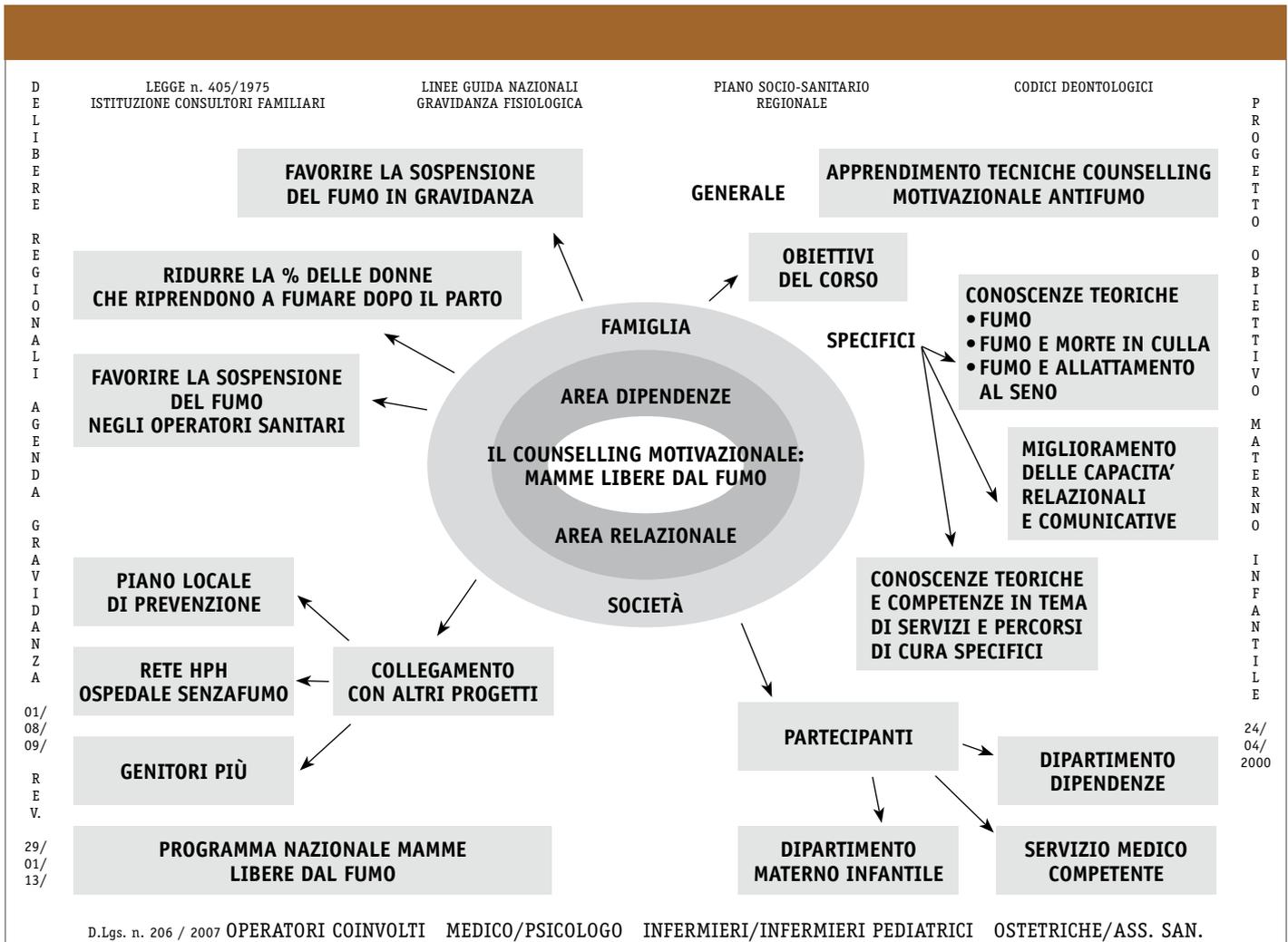
Ogni anno nascono circa 500.000 bambini (sono stati 485.780 i nati nel 2015 e 502.596 i nati nel 2014<sup>3</sup>) e, di questi, uno su due ha il papà o la mamma che fumano. Questi pochi dati ci danno già una prima idea dell'ampio livello di esposizione al fumo di tabacco che si può avere, oggi, in ambito familiare nel nostro Paese e, inoltre, le conoscenze scientifiche sul tema destano viva preoccupazione in termini di sanità pubblica. Si presenta quindi l'opportunità e l'obbligo assistenziale di aiutare il maggior numero di donne a smettere di fumare in gravidanza e di sostenerle a non riprendere dopo il parto e nel puerperio, rendendo stabile la cessazione.

Il Sistema Sanitario Nazionale e la rete sociale (associazioni di volontariato, Ordini e Collegi, Società scientifiche)

1. Regione Piemonte Assessorato alla tutela della salute e sanità, 2007, *Cessazione del fumo di tabacco Linee guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte*, Torino.

2. Indagine ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" pubblicata a Gennaio 2006 e relativo al periodo Dicembre 2004-Marzo 2005.

3. Indagine ISTAT "Natalità e fecondità" 2014 e 2015.



che, ecc.) presentano punti di forza tali da favorire l'avvio di progetti specifici. Il personale sanitario è formato da operatori sensibili e preparati. Nella fattispecie, i ginecologi ma soprattutto le ostetriche (le quali, nel loro operato, si trovano in una situazione di maggior vicinanza alla donna e al suo nucleo familiare) costituiscono il perno di qualsivoglia azione di sensibilizzazione e di *counseling*.

I servizi offerti alla coppia, alla donna e successivamente al bambino, permettono varie occasioni di incontro. La presenza di *expertise* nell'ambito dello svolgimento di articolate azioni di promozione della salute, la consuetudine al lavoro intersettoriale e la disponibilità di appropriato materiale utilizzabile per attività educative e di *counseling*, contribuiscono alla concretizzazione di tali progetti secondo modalità consolidate.

Alla luce di quanto detto, il personale ostetrico può fare molto per aiutare le donne (e i loro familiari) a smettere di fumare. L'ostetrica risulta essere un "operatore privilegiato" nel processo di *counseling*, sia per la vasta gamma di prestazioni che eroga a favore della popolazione femminile nello svolgimento della sua professione, sia perché si rivolge a donne di tutte le età e sia perché, nel caso della gravidanza, si rivolge a donne che hanno già una naturale predisposizione a smettere di fumare. Risulta

perciò fondamentale identificare i momenti in cui agire, soprattutto in relazione alla fase della motivazione che il soggetto sta vivendo. È molto importante inserire l'intervento di *counseling* motivazionale, per favorire l'astensione dal fumo, nell'attività lavorativa quotidiana, in modo tale da consentire ad esso di divenire parte integrante del lavoro ostetrico. Sono sufficienti solo pochi minuti perché l'intervento sia efficace. Il semplice invito a considerare (o riconsiderare) di smettere di fumare può essere di importanza fondamentale per motivare le gravide e i loro familiari a mettere in atto le intenzioni a proposito. Per affrontare questo grave problema di sanità pubblica, la LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) e la FNCO (Federazione Nazionale Collegi Ostetriche) hanno dato inizio a un articolato programma, sperimentato già nel 2001 nella Provincia di Treviso e portato successivamente a livello nazionale.

Dopo la formazione nazionale e l'individuazione del referente regionale, tale progetto si è proposto di formare operatori, impegnati quotidianamente nei servizi materno-infantili, alla somministrazione di schede *counseling*, dirette alle donne in procinto di partorire e ai loro familiari, avente lo scopo di sensibilizzarli a smettere di fumare in occasione della gravidanza e a mantenere questo sano stile di vita anche dopo la nascita del figlio.

## “MLF” nell’ASL TO4: l’implementazione del progetto e l’integrazione dei servizi

L’importanza di tale argomento ha permesso di progettare e, successivamente, realizzare all’interno dell’ASL TO4 Regione Piemonte un progetto formativo interno, strutturato secondo le particolari esigenze organizzative e del territorio (ASL TO4) con riscontro sul “cliente finale”, il cittadino, ma rivolto anche e soprattutto agli operatori del settore.

Il progetto “Counseling motivazionale: mamme libere dal fumo”, pertanto, è diventato un programma di lavoro integrato, riprogettato a livello locale, che ha visto la partecipazione e la collaborazione di diversi servizi, i quali sono stati impegnati in compiti differenti ma complementari, a seconda delle diverse fasi dello stesso progetto (vedi Figura Dati riassuntivi eventi formativi).

È chiaro come l’aspetto formativo non può mai essere divergente rispetto all’ambito organizzativo, per cui il mandato degli operatori formati è stato quello di tradurre in pratica l’aspetto teorico del *counseling* e quindi l’applicazione sul campo di quanto appreso. L’aspetto organizzativo è stato tradotto in una scheda di rilevazione cartacea (recuperata dal materiale nazionale e contestualizzata per l’ASL TO4), che gli operatori hanno avuto il mandato di compilare durante lo svolgimento dell’attività nei mesi successivi alla formazione.

## “MLF” nell’ASL TO4: il campione

Sono state raccolte, dagli operatori che hanno partecipato alla prima edizione del corso, 453 schede – vedi elaborazione sottostante – e per il gruppo di operatori che hanno partecipato alla seconda edizione 24 schede. Sono emersi risultati interessanti di conoscenza del fenomeno fumo in gravidanza e descrittivi della popolazione a cui è stato somministrato l’intervento di *counseling*.

- Presenza nel campione di un numero quasi equivalente di primipare 49% e pluripare 48% (non specificato 3%);
- “Presenza di conviventi fumatori” nel 39,5% dei casi mentre nel 56,7% di nuclei familiari non è presente un fumatore convivente (non specificato nel 3,8% dei casi);
- Il tempo impiegato per effettuare l’intervento di *counseling* è nel 62,03% dei casi inferiore ai 5 minuti; questo particolare dimostra che può essere applicabile all’interno del contesto organizzativo senza impattare sulle tempistiche generali richieste dall’organizzazione nello svolgimento dell’attività. Nel 7,72% dei casi il tempo impiegato è stato tra i 6-9 minuti e poi in discesa una minima percentuale di casi il cui tempo impiegato si trova in un *range* fra 10-20 e superiore a 20 minuti. Nel 27,15% dei casi il tempo impiegato non è stato specificato.
- Una percentuale del 16% di donne che in gravidanza continuano a fumare tra 0 e 10 sigarette al giorno e una piccolissima percentuale (1%) che fuma tra 11 e 20 sigarette al giorno mettendo in dubbio il luogo comune

che la gravidanza costituisca, nelle donne fumatrici, un fattore motivazionale immancabile, forte e sempre presente per la cessazione del fumo di sigaretta.

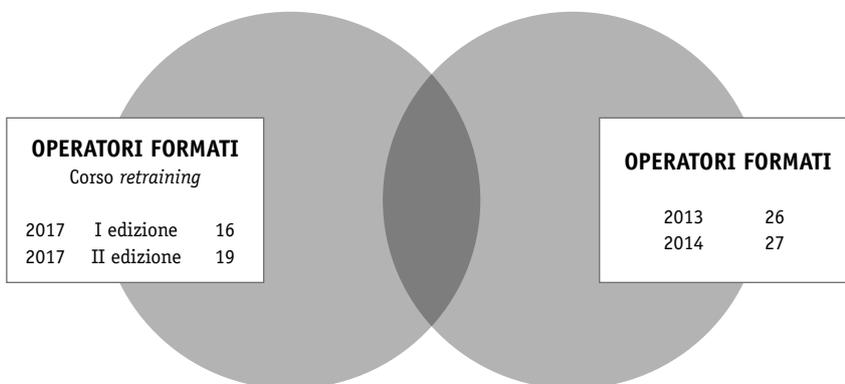
## “MLF” nell’ASL TO4: il contributo del CTT

Sul territorio dell’ASL TO4, il CTT (Centro Trattamento Tabagismo) di San Mauro Torinese (TO), afferente al Dipartimento Dipendenze Patologiche, si è occupato di gestire la fase relativa al *follow-up*, che è stata progettata con l’intenzione di ottenere un’ulteriore occasione di *counseling* motivazionale breve anti-fumo e di illustrazione e proposta di trattamenti.

### Dati riassuntivi eventi formativi

Gli obiettivi in generale del progetto erano:

- formare gli operatori sanitari in relazione ai danni alla salute derivanti dal fumo in gravidanza e nel puerperio/allattamento e agli interventi di prevenzione anti-fumo nell’ASL di appartenenza;
- fornire un’opportunità di discussione e confronto in relazione alla rete degli interventi orientati alla cessazione del fumo delle donne in età fertile e in gravidanza, in particolare nell’ASL di appartenenza;
- far acquisire capacità relazionali e comunicative in tema di: *counseling* motivazionale breve antifumo



Con il termine generico di “operatore” si intende un gruppo multidisciplinare formato da medici, psicologi, ostetriche, infermieri, infermieri pediatrici e assistenti sanitari. Tale programma è stato principalmente indirizzato a personale dipendente dei servizi materno-infantili e ad alcuni operatori impiegati al di fuori dei “percorsi-nascita”, ma strettamente coinvolti in ambiti clinici assistenziali in cui il fumo è elemento chiave (medici e psicologi, tecnici della prevenzione, S.S. Medico Competente, studenti del corso di Laurea in Infermieristica).

## Scheda di rilevazione

## MAMME LIBERE DAL FUMO - Scheda per il counselling

## Primo contatto

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Presenza di fumatori conviventi:  sì  no

Data di nascita \_\_\_\_\_

N. telefono \_\_\_\_\_

Data presunta del parto \_\_\_\_\_

 Nazionalità \_\_\_\_\_  
 Scolarità \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_  
 Altri figli: SI NO

Ostetrica \_\_\_\_\_

Unità operativa \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_

| Data Incontro | Setting* | Abitudine al fumo   | Strategia suggerita per smettere (da compilare per le fumatrici) | Difficoltà incontrate nel colloquio (da compilare per le fumatrici) | Tempo impiegato (minuti)                       |
|---------------|----------|---|--|---|--|
|               |          | - 0<br>- 1-10<br>- 11-20<br>- >20<br>- smesso per (+) _____ |  |   | - meno di 5<br>- 6-9<br>- 10-19<br>- più di 20 |

\* Setting: 1= Ricovero ospedaliero; 2= Ambulatorio; 3= Corso di preparazione al parto; 4= Corso massaggio neonato; 5= Visite domiciliari; 6= Altro (specificare)

(+): Categorie: 1= gravidanza in corso; 2= gravidanze precedenti; 3= motivo sanitario o ricovero ospedaliero in corso; 4= altro



## Verifica a 6 mesi dalla data del parto

(solo per le donne fumatrici o che hanno smesso per la gravidanza in corso)

DATA

| Abitudine al fumo | Presenza di fumatori conviventi |
|-------------------|---------------------------------|
| - 0 - CTF*        | - Sì                            |
| - 1-10            | - No                            |
| - 11-20           |                                 |
| - >20             |                                 |

\* con terapia farmacologica di disassuefazione dal tabacco

Peso del bambino alla nascita: \_\_\_\_\_

Allatta?  sì  no

## Verifica ad 1 anno dalla data del parto

(solo per le donne fumatrici o che hanno smesso per la gravidanza in corso)

DATA

| Abitudine al fumo | Presenza di fumatori conviventi |
|-------------------|---------------------------------|
| - 0 - CTF*        | - Sì                            |
| - 1-10            | - No                            |
| - 11-20           |                                 |
| - >20             |                                 |

\* con terapia farmacologica di disassuefazione dal tabacco

Allatta?  sì  no

Autorizzo l'uso dei dati personali esclusivamente per le finalità di ricerca del programma MLF ai sensi della legge 675 del 31/12/96 Firma \_\_\_\_\_

Pertanto, sono state individuate le seguenti fasi di lavoro:

1. recupero delle schede di *counseling* somministrate dagli operatori di ostetricia, nido e sala parto, alle donne in procinto di partorire, nel periodo a cavallo tra l'ultimo trimestre 2013 e il primo trimestre 2014;
2. *screening*, vaglio delle schede e informatizzazione dei dati;
3. *follow-up* telefonico a distanza di circa 12-18 mesi dal *counseling* iniziale, con rinnovo delle medesime domande somministrate in occasione del primo *counseling* e invito, per le madri fumatrici, al CTT al fine di iniziare un percorso di trattamento;
4. appuntamento telefonico concordato durante lo stesso *follow-up*;
5. trattamento di disassuefazione dal fumo, con intervento medico e psicologico;
6. *follow-up*, a ulteriori 12-18 mesi di distanza dal termine del trattamento, con rinnovo del *counseling*.

## Il circolo virtuoso, l'integrazione dei servizi

La prima parte del progetto, corso di formazione e realizzazione degli interventi di *counseling*, e la seconda parte del progetto relativo alla parte del CTT ci immettono direttamente nell'azione che quotidianamente deve essere svolta in rete di Progettazione – Azione – Valutazione – Riprogettazione al fine di migliorare la qualità dei servizi offerti. Emerge quindi la necessità di approfondire e analizzare alcuni elementi: in particolare: la differenza numerica delle schede raccolte nei diversi contesti del DMI e le difficoltà incontrate nell'espletamento dell'attività e le relative, possibili, soluzioni. In questo senso si è ritenuto indispensabile richiedere un *feed-back* diretto degli operatori già formati e una possibilità di confronto con i docenti. Pertanto, nel corso dei primi mesi dell'anno 2017 è stato progettato e attuato un corso di formazione di *retraining* "Mamme libere dal fumo: *retraining* motivazionale".

Il lavoro dei gruppi condotto all'interno dei corsi, relativo all'analisi delle criticità organizzative e delle possibili soluzioni legate all'utilizzo dello strumento della scheda di *counseling* e non solo, ha fatto emergere alcune proposte al fine di attivare un processo di miglioramento continuo basato sull'esperienza diretta.

Gli aspetti emersi sono in sintesi relativi a:

1. modifica dello strumento "scheda di *counseling*";
2. identificazione di ulteriori momenti di *counseling* motivazionale breve antitabagico;
3. alcuni aspetti organizzativi.

Per il punto 1 è stato proposto di modificare la dicitura "setting" inserendo altre voci oltre a quelle presenti, ad esempio il Bilancio di Salute alla 36<sup>a</sup> settimana, ipotizzare il momento del *follow up* prima di quanto previsto nella scheda, utilizzando il termine dell'"esogestazione", ed effettuare la raccolta dei dati relativi a nazionalità, titolo di studio, etc., non al primo incontro per non "apparire giudicanti" ma a incontri successivi.

Per il punto 2 si propone di fare interventi di *counseling* breve motivazionale antitabagico al momento della consegna dell'agenda di gravidanza, all'esecuzione del tri-test, al Bilancio di Salute alla 36<sup>a</sup> settimana, alla dimissione neonatale, nel momento delle vaccinazioni del primo anno di vita sfruttando verosimilmente tutte le "occasioni opportune".

Al punto 3 si spazia a diversi livelli dell'organizzazione, iniziando dall'inserimento della scheda di *counseling* all'interno dell'agenda di gravidanza per andare ad ampliare il numero di utenti raggiunte, inserendo anche all'interno dell'Agenda della gravidanza materiale informativo relativo ai CTT di zona. Ipotizzare la disponibilità di materiale informativi, eventuali *gadget* da utilizzare e provvedere al coinvolgimento di altri attori dell'organizzazione (ad esempio i Pediatri di Libera Scelta).

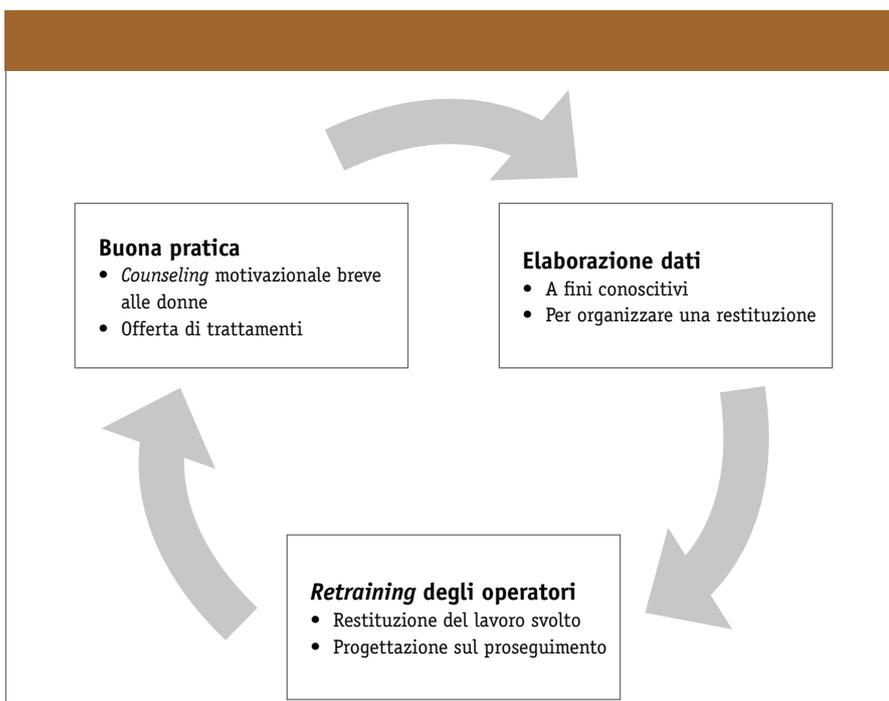
La complessità del progetto, che prevede l'integrazione dei diversi servizi e delle diverse azioni sia cliniche sia di ricerca, la formazione di molte figure professionali e uno sviluppo dell'azione della durata di alcuni anni, rispecchia la complessità del problema e la necessità di agire a molti livelli, con l'obiettivo di aumentare l'efficacia dell'intervento preventivo e di inviare al trattamento il maggior numero di mamme/donne fumatrici. Si intravede però anche la possibilità oggettiva di gettare le basi per un vero e proprio lavoro di rete che coinvolge servizi ospedalieri ed extraospedalieri, su una vasta gamma di cittadini/utenti e con ricadute su una grande fetta di popolazione.

## Conclusione

Il progetto "Mamme Libere dal Fumo" promosso dal Centro Controllo Malattie del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, ripensato e riprogettato a livello locale con una particolare attenzione agli aspetti di integrazione di servizi diversi e di continuità nel tempo nell'ASL TO4, si è rivelato un modello di lavoro che prevede un'integrazione su vari aspetti:

- organizzativa (fra i diversi servizi coinvolti);
  - culturale/professionale, costruita da un "pensare insieme" a partire da conoscenze ed esperienze condivise, le quali possono produrre un percorso di crescita e di ideazione di nuovi modelli teorici/pratici che si ripercuotono sull'offerta di interventi alla popolazione.
- Inoltre, si evince che se la prevenzione deve essere efficace è necessario intervenire su almeno due dimensioni:
- la dimensione spaziale, in quanto le fumatrici devono essere intercettate in ogni punto/luogo/servizio del SSN con cui vengono a contatto e dunque con la più estesa formazione possibile a tutti i professionisti sanitari che le incontrano;
  - la dimensione temporale, in quanto le donne stesse devono essere accompagnate per un lungo arco di tempo, attraverso *counseling* brevi (che hanno dimostrato essere interventi efficaci).

La scelta metodologica di inclusione nel programma di formazione dei vari operatori che le donne e le puerpere possono incontrare durante la gravidanza e subito dopo la nascita del bambino permette di presidiare e allargare la rete di sostegno all'astensione dal fumo e la rete più ampia della promozione di stili di vita sani, sia nella dimensione dello spazio (nelle sedi ambulatoriale) che in quella del tempo (diversi momenti di aggancio nella vita delle donne e dei bambini). È importante sot-



## Fumo passivo. Nelle bambine aumenta il rischio di sviluppare artrite reumatoide da adulte

Le donne che da bambine sono state esposte a fumo passivo presentano una maggiore probabilità di sviluppare artrite reumatoide rispetto a coloro che sono state esposte più avanti negli anni. A evidenziarlo è uno studio francese pubblicato da *Rheumatology* e coordinato da Raphaele Seror, della Paris-Sud University di Villejuif. Lo studio, che ha coinvolto complessivamente 71.248 donne di cui 371 hanno poi sviluppato artrite reumatoide, ha raccolto dati ogni triennio a partire dagli anni Ottanta. Circa il 54% dei partecipanti non aveva mai fumato, mentre il 14% era fumatore e il 32% ex fumatore. Le fumatrici attive e le ex fumatrici che non erano state esposte a fumo passivo da piccole hanno mostrato il 38% di probabilità di più di sviluppare artrite reumatoide rispetto alle donne che non avevano mai fumato. Ma le fumatrici attive e le ex fumatrici che erano state anche esposte da piccole a fumo passivo avevano il 67% di possibilità in più di sviluppare artrite reumatoide. La co-autrice Marie-Christine Boutron-Ruault, nelle conclusioni dello studio, afferma che negli adulti esposti a fumo passivo il meccanismo che porta all'artrite reumatoide è abbastanza ben conosciuto perché la patologia si verifica quando il sistema immunitario attacca erroneamente le cellule sane. Nei fumatori adulti si pensa che i cambiamenti a livello di alcune proteine del polmone inneschino questa attività autoimmune ed è probabile che il fenomeno descritto negli adulti si presenti in modo simile nei bambini esposti al fumo passivo ([www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=66174](http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=66174)).



tolineare come, a sostegno di quest'attività, vi sia una solida formazione comune sul *counseling* motivazionale breve anti-fumo e, ove possibile, strumenti e prassi operative condivise.

Il programma, quindi, si inserisce in una logica di intervento intersettoriale e trasversale ai diversi fattori di rischio per la salute, sfruttando appieno la "finestra di opportunità" costituita dalla gravidanza (SBROGIÒ L. [www.mammeliberedalfumo.org](http://www.mammeliberedalfumo.org)).

L'ASL TO4 inoltre ha recentemente deliberato la costituzione di un gruppo di lavoro, interdisciplinare e multi-professionale, denominato "Gruppo fumo ASL TO4" composto da molteplici figure, di cui il progetto "Mamme libere dal fumo", così come è stato implementato nel contesto aziendale, costituisce uno degli elementi cardine e per il quale il pensiero aziendale è quello di proseguire l'attività formativa, estendere l'attività di *counseling* motivazionale breve antitabagico e valutare la possibilità di attuare le proposte emerse all'interno dei momenti formativi citati.

## Bibliografia

- D.G.R. 38-11960 04.08.09 Regione Piemonte. Piano socio sanitario Regionale 2007-2010 Area materno infantile percorso nascita. Adozione agenda di gravidanza. Torino, 2009
- D.G.R. 35-5283 29.01.2013 Regione Piemonte Revisione dell'agenda della gravidanza. Torino, 2013
- D.M. n. 740 14.09.1994. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica. Roma, 1994
- Federazione Nazionale Collegi Ostetriche. Codice deontologico dell'ostetrica. Roma, 2010
- Knowles M. Quando l'adulto impara. Pedagogia e andragogia,

Associazione Italiana Formatori. Franco Angeli. Milano, 2002

- Legge 405 29.07.1975 Istituzione dei consultori familiari. Roma, 1975
- Ministero della salute CeVEAS – Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria. Linee guida gravidanza fisiologica. Roma, 2011
- Poletti P. Patient empowerment and the discrepancy between patients' rights and reality, Atti Convegno Bad Gastein, 2003
- Pomi Progetto Obiettivo materno infantile (PSN 1998-2000) adottato con D.M. 24 aprile 2000 Adozione del Progetto obiettivo materno infantile. Roma, 2000
- Quaderni di Monitor, Trimestrale dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Il sistema sanitario e l'empowerment, 6° supplemento al numero 25, Roma. 2010
- Regione Piemonte. Circolare esplicativa sulla nuova edizione dell'agenda di gravidanza, Prot. n. 15642/862016 del 19.06.2013
- Regione Piemonte. Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Agenda della gravidanza. Torino, 2009.
- Regione Piemonte. Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Piano Regionale Anti-Tabacco Raccomandazioni per Ambienti di Lavoro Liberi dal Fumo. Quaderno 1, Torino, 2006
- Regione Piemonte. Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Piano Regionale Anti-Tabacco Fatti e cifre sul fumo di tabacco. Piemonte 2008. Quaderno 4, Torino, 2008
- Regione Piemonte. Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Piano Regionale Anti-Tabacco Smettere di fumare in Piemonte-Il ruolo dei medici di Famiglia e dei Centri per il Trattamento del Tabagismo. Quaderno 5, Torino, 2008
- Regione Piemonte. Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità. Piano Regionale Anti-Tabacco Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Quaderno 3, Torino, 2007

# Proposta di check-list operativa per l'esecuzione di un Bilancio di Salute perineale standardizzato in gravidanza e puerperio



*Autrici*

**Michela Miletta**

*Coordinatrice Ostetrica  
Dipartimento Materno Infantile ASL TO 4,  
Regione Piemonte*



**Erica Pirro**

*Ostetrica*

## RIASSUNTO

### Obiettivi

- Predisporre uno strumento a supporto della pratica clinica ostetrica, per la realizzazione di un Bilancio di Salute perineale standardizzato in gravidanza e puerperio.
- Prevenzione e precoce presa in carico delle donne con sintomatologia da disfunzione perineale o con aumentato rischio di svilupparla.

### Metodologia

- Revisione della letteratura scientifica, su indicazioni ed efficacia, in gravidanza e puerperio, della valutazione del pavimento pelvico.
- Creazione di uno schema operativo utilizzabile nella pratica clinica, composto da una parte descrittiva delle fasi di un Bilancio di Salute perineale.

### Risultati

- Riscontro di forti raccomandazioni sulla valutazione delle strutture perineali, in gravidanza e puerperio.
- Redazione di uno strumento di lavoro standard, in forma di *check list*, a disposizione per la figura professionale dell'ostetrica.

### Conclusioni

L'utilizzo, da parte delle ostetriche, della *check list* per la valutazione perineale standardizzata in gravidanza e puerperio permette un'azione preventiva e terapeutica efficace ed efficiente estesa alla popolazione, con un'importante ricaduta in termini di benefici socioeconomici.

Fruibile e senza costi, fornisce un supporto *evidence-based* all'operatore e permette una più capillare diffusione della pratica, con incremento della qualità assistenziale dell'ostetrica.

### Parole chiave

Ostetrica, pavimento pelvico, disfunzioni perineali, gravidanza, puerperio.

## ABSTRACT

### Objectives

- Prepare an operative guide to support midwife's clinical practice, for the realization of a standard pelvic floor's health assessment.
- Prevention and early taking care of women with pelvic floor dysfunction's symptoms, or a high risk to develop this kind of pathology.

### Methods

- Review of the literature about aims and efficacy of pelvic floor assessment during pregnancy and after delivery.
- Creation of an operative check list ready for use in clinical practice, composed by a description of different phases of the evaluation.

### Results

- Strong evidences on pelvic floor evaluation during pregnancy and after delivery.
- Distribution of an operative check list ready for use in clinical practice, composed by a description of different phases of the evaluation.

### Conclusions

The use of the check list for pelvic floor exam, by midwives, could be a preventive action, with an important benefit on general population.

Easy to be introduced in clinical practice, and without costs, the check list represents an evidence based support for the health professionals, improving quality of assistance.

### Keywords

Midwife, pelvic floor, pelvic floor's dysfunction, pregnancy, after delivery.



## Obiettivi

Le disfunzioni perineali, problema sociale a costante incremento di incidenza, comprendono una molteplicità di patologie quali: l'incontinenza urinaria, l'incontinenza fecale e di gas, il prolasso degli organi pelvici, le disfunzioni sessuali, il dolore pelvico cronico, le alterazioni sensitive e da svuotamento del basso tratto urinario (come la ritenzione urinaria) e le disfunzioni da ostruita defecazione [1] [2].

Un fattore di eziopatogenesi comune è rintracciabile in un difetto del pavimento pelvico.

Tale struttura anatomica esercita sostegno e supporto agli organi pelvici contribuendo alla statica pelvica, garantisce la continenza urinaria e fecale e la qualità della vita sessuale partecipando attivamente alla fase motoria dell'orgasmo, contribuisce in modo sinergico al bacino, agli addominali e alla muscolatura della colonna vertebrale a mantenere un equilibrio stabile del corpo durante i movimenti.

La storia ostetrica rappresenta un importante elemento di rischio per le disfunzioni perineali: lo stato gravidico sia a seguito dei cambiamenti ormonali che dell'azione dell'utero gravidico, determina una predisposizione all'insorgenza di queste ultime, prime fra tutte per frequenza, l'incontinenza urinaria.

Al parto si verifica una sollecitazione di tutte le strutture con stiramento muscolare, trazione dei legamenti, compressione delle strutture vascolari e nervose sulle pareti ossee create dalla parte presentata, con particola-

re danno al nervo pudendo e alterazione delle strutture da lui innervate (sfintere striato uretrale e sfintere anale esterno).

I traumatismi creati al parto creano, quindi, un difetto di una componente strutturale del pavimento pelvico costituendo la base patogenetica della disfunzione perineale. Oltre ai traumatismi evidenti, che interessano circa l'85% delle donne che partoriscono per via vaginale con necessità di riparazione nel 70% dei casi [3], bisogna considerare che spesso sono presenti lesioni occulte con esiti a distanza.

Considerato l'impatto della storia ostetrica sulle disfunzioni perineali, si deduce l'importanza della figura dell'ostetrica nella loro prevenzione e sorveglianza e in generale nella *care* perineale.

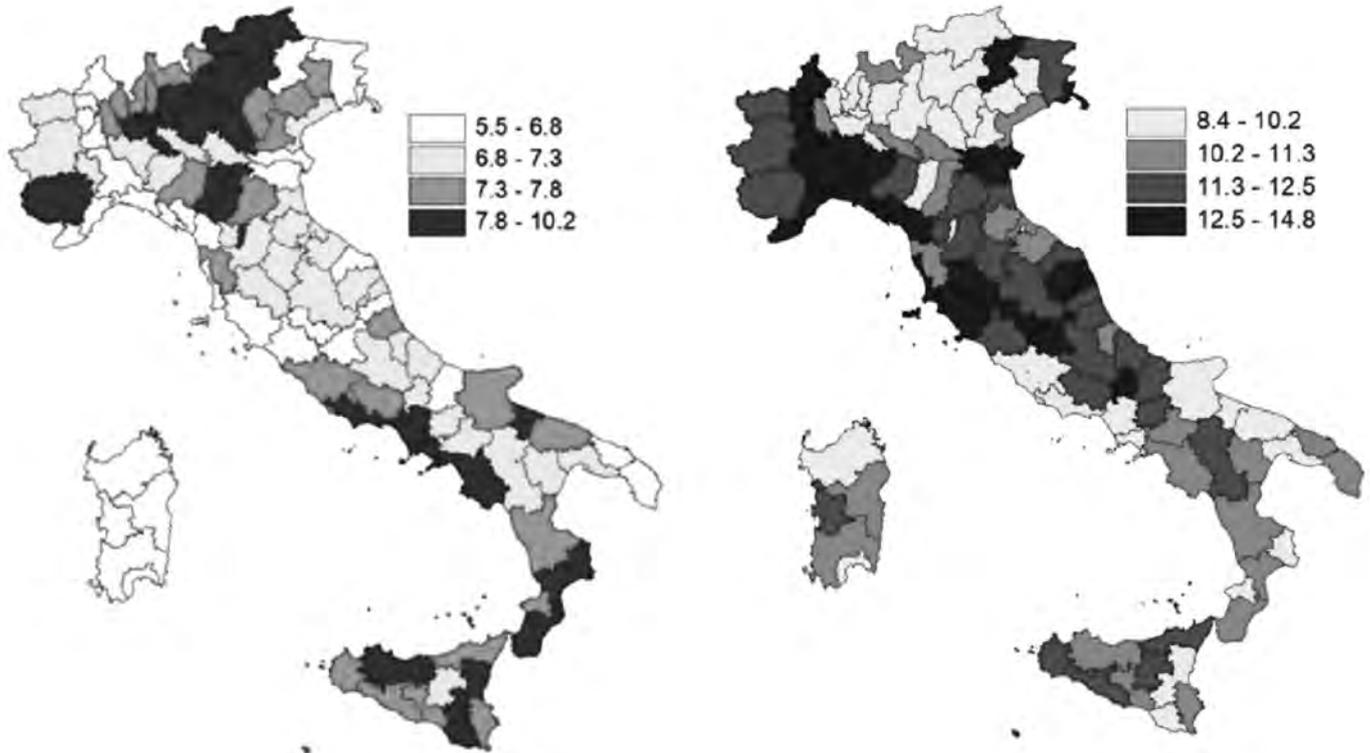
La carenza di formazione specifica e l'eterogeneità dei contesti operativi delle ostetriche risultano però essere, talvolta, un ostacolo alla prevenzione e al precoce trattamento delle suddette disfunzioni.

L'obiettivo prefissato è dunque quello di predisporre uno strumento operativo a supporto della pratica clinica ostetrica, per l'implementazione della realizzazione di un Bilancio di Salute perineale standardizzato in gravidanza e puerperio, in occasione dell'attività ostetrica erogata durante il Percorso Nascita.

Questo, a sua volta, garantirebbe una prevenzione e una precoce presa in carico delle donne con sintomatologia o con aumentato rischio di svilupparla.

Fertilità record in Alto Adige. I nuovi nati sono il 10,2%o contro la media italiana del 7,6

TASSO DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ PER PROVINCIA. Anno 2017



A giugno 2018 è stato pubblicato il **Bilancio Demografico Nazionale** dell'anno 2017 che registrava il record negativo delle nascite nel 2017 con la nascita di solo 458.151 bambini: nuovo minimo storico dall'Unità d'Italia ([www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8472451.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato8472451.pdf)).

A settembre 2018 è stato pubblicato lo studio dell'Istituto provinciale di statistica (Astat) sui dati 2017 ([http://astat.provincia.bz.it/it/news-pubblicazioni.asp?news\\_action=4&news\\_article\\_id=618006](http://astat.provincia.bz.it/it/news-pubblicazioni.asp?news_action=4&news_article_id=618006)) secondo il quale il numero di abitanti in Alto Adige continua a crescere, passando dai 504.643 del 2011 ai 527.750 abitanti al 31 dicembre 2017.

Il bilancio migratorio assume valori positivi dai primi anni '90. Con 11,5 nati vivi per 1.000 abitanti la comunità comprensoriale Valle Isarco registra l'andamento delle nascite più alto. In particolare, in Alto Adige il tasso di fertilità è del 10,2 per mille contro il 7,6 della media nazionale.

È quanto emerge dai dati aggiornati dall'Istituto provinciale di statistica Astat che registra anche una crescita della quota dei figli nati fuori dal matrimonio, valore per il quale l'Alto Adige si posiziona al vertice della classifica italiana. Tale valore è aumentato di 8 volte negli ultimi 50 anni, passando dal 5,4% del 1967 al 45,4% del 2007.

I tassi di natalità e di mortalità rimangono pressoché invariati, con i primi più bassi e i secondi più alti a Bolzano rispetto al resto della provincia a causa dell'invecchiamento della popolazione cittadina.

Anche il tasso di fertilità totale (1,72 figli per donna in età fertile) è il più alto di tutto il territorio nazionale e anche per quanto riguarda la longevità l'Alto Adige si pone al di sopra della media nazionale, con una speranza di vita di 81,1 anni per gli uomini e di 85,6 anni per le donne.

Cresce anche l'età media della popolazione, che, attestandosi a 42,6 anni, fa registrare un incremento di 4 anni rispetto a due decenni fa.



## Metodologia

1. Revisione della letteratura, su indicazioni ed efficacia della valutazione del benessere delle strutture del pavimento pelvico in gravidanza e puerperio. Sono state interrogate le banche dati "PubMed", "Piattaforma OVID", "The Cochrane Library". Le principali parole chiave usate per la ricerca sono state: "Pelvic floor muscle training", "Perineal care", "Perineal assessment", "Pregnancy", "Antenatal and postnatal women", "Prevention", "Treatment", "Urinary incontinence", "Faecal incontinence", "Flatus incontinence", "Vaginal symptoms", "Sexual dysfunction".
2. Creazione di uno schema operativo utilizzabile nella pratica clinica, corredato della parte descrittiva delle fasi di un Bilancio di Salute perineale.

## Risultati

In accordo con la letteratura internazionale, con Bilancio di Salute (BDS) perineale si intende quell'insieme di valutazioni volte a individuare alterazioni della sensibilità o della funzionalità muscolare, nelle singole componenti muscolari o nella sinergia dell'azione di distretti muscolari diversi.

Questo genere di valutazione consente, non solo di rintracciare una condizione già patologica, ma anche di evitare che rischio degeneri in patologia.

Il termine "Bilancio di Salute" non è casuale e richiama volutamente i bilanci di salute in gravidanza, strumento assistenziale previsto dalla normativa vigente in Regione Piemonte.

Lo schema di BDS perineale standardizzato è utilizzabile dalle ostetriche in ogni realtà operativa, per effettuare una valutazione perineale di routine, sia in gravidanza sia in puerperio.

La predisposizione allo sviluppo di disfunzioni urinarie in gravidanza (urgenza, frequenza, nicturia e incontinenza urinaria) può non rimanere una condizione isolata allo stato gravidico e persistere anche dopo il parto e, per questo, una valutazione ed eventuale monitoraggio risultano necessarie.

Così, una recente metanalisi [4] riporta valori di incontinenza urinaria tra le gravide pari al 35-55%, con aumento proporzionale all'età gestazionale e risoluzione spontanea nella maggior parte dei casi ma persistenza stimata nel 5-10% dei casi.

La presenza di lesioni occulte con esiti a distanza, stimata in un 30% delle donne che partoriscono per via vaginale, avvalorata la necessità di una valutazione perineale dopo il parto a tutte le donne e non solo a quelle con esiti perineali clinicamente evidenti come le lacerazioni.

Da uno studio osservazionale [5] su 812 donne che avevano partorito presso un centro ostetrico italiano di terzo livello dalla 32ª settimana di età gestazionale, tra luglio e dicembre 2014, il 31% delle puerpere presenta una disfunzione perineale a tre mesi dal parto.

La valutazione perineale trova recente favore nella linea guida sull'incontinenza ICI (International Consultation on Incontinence) del 2009 che afferma: "Per tutte le donne l'esame obiettivo dell'addome, della pelvi e del perineo dovrebbe essere parte integrante della valutazione routinaria. A tutte le donne dovrebbe essere chiesto di tossire o eseguire una manovra di Valsalva al fine di effettuare uno stress test e individuare un'eventuale fuga di urina.

## Checklist per BDS perineale standardizzato

Lo schema che forniamo è stato formulato in stile checklist per agevolare le tempistiche dell'operatore ed essere il più chiaro possibile, con la seguente struttura.

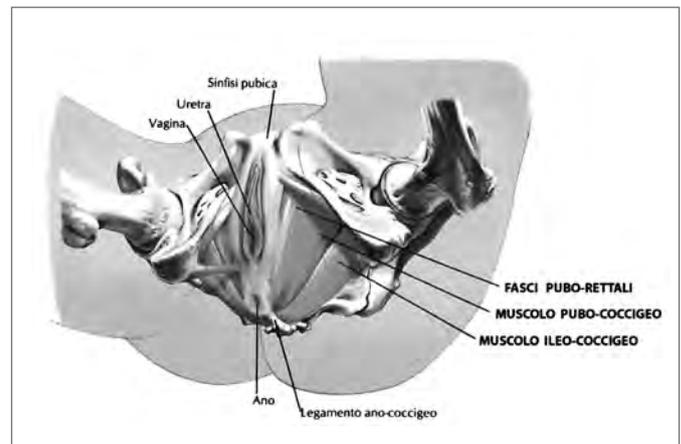
- Anamnesi dei fattori di rischio personali e ostetrici. Sono stati riportati i principali fattori di rischio, evidenziati in numerosi studi, per lo sviluppo di disfunzioni perineali. Tale valutazione serve a evidenziare uno stato di base di rischio della donna, utilizzabile eventualmente come metodo di scrematura di chi sottoporrà alle valutazioni successive, qualora si avesse poco tempo a disposizione.
- Esame obiettivo uro-ginecologico, volto a evidenziare, tramite l'osservazione dei genitali esterni a riposo, eventuali caratteristiche che costituiscano un segno o un fattore di rischio quali un colorito o trofismo anormali, presenza di dermatosi o lacerazioni, distanza ano-vulvare <2,5 cm, anomalie del meato uretrale o della zona anali.
- Valutazione della sensibilità tramite stimolazione diretta della cute con le dita, per studiare l'integrità delle vie nervose.
- Valutazione muscolare, prima tramite osservazione della risposta fisica a un colpo di tosse (compresa la perdita di urina o "stress test"), quindi tramite palpazione esterna del nucleo fibroso centrale e dei muscoli bulbo cavernosi.
- Esecuzione del "testing perineale" volto a valutare l'efficienza della contrazione muscolare e la forza contrattile fasica del pubococcigeo, la durata della contrazione e l'affaticabilità muscolare.

## Bilancio di Salute (BDS) perineale

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>1. ANAMNESI PERSONALE</b>  |                          |
| Valutazione dei <b>fattori di rischio non ostetrici</b> che favoriscono l'insorgenza di disfunzioni perineali   |                          |
| Obesità (calcolo BMI)   | <input type="checkbox"/> |
| Allergie  | <input type="checkbox"/> |
| Bronchiti - Tossi ricorrenti  | <input type="checkbox"/> |
| Fumo  | <input type="checkbox"/> |
| Sollevamento pesi nell'attività lavorativa  | <input type="checkbox"/> |
| Funzionalità dell'alvo irregolare (stipsi)  | <input type="checkbox"/> |
| Interventi chirurgici addominali  | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE E REMOTA</b>   |                          |
| Valutazione dei <b>fattori di rischio ostetrici</b> che favoriscono l'insorgenza di disfunzioni perineali   |                          |
| Multiparità   | <input type="checkbox"/> |
| Pregresso PVO   | <input type="checkbox"/> |
| Pregressa episiotomia   | <input type="checkbox"/> |
| Pregressa lacerazione   | <input type="checkbox"/> |
| Infezione di ferite perineali pregresse   | <input type="checkbox"/> |
| Manovre esterne (di Kristeller)   | <input type="checkbox"/> |
| Periodo espulsivo prolungato  | <input type="checkbox"/> |
| Peso >4 kg del neonato alla nascita   | <input type="checkbox"/> |
| Presenza di incontinenza urinaria gravidica   | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. ESAME OBIETTIVO URO-GINECOLOGICO</b>  |                          |
| Osservazione delle <b>principali caratteristiche dei genitali esterni a riposo</b>  |                          |
| Colorito anomalo  | <input type="checkbox"/> |
| Scarso trofismo (probabile scarsa estrogenizzazione del tessuto)  | <input type="checkbox"/> |
| Dermatosi   | <input type="checkbox"/> |
| Presenza di cicatrici   | <input type="checkbox"/> |
| Distanza ano-vulvare <2,5 cm  | <input type="checkbox"/> |
| Può indicare una modificazione del tono del nucleo fibroso centrale:  |                          |
| Anomalie del meato uretrale   | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie della zona anale   | <input type="checkbox"/> |
| Anomalie della statica pelvica (prolasso)   | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. VALUTAZIONE DELLA SENSIBILITÀ</b>   |                          |
| Tramite stimolazione diretta della cute con le dita, per studiare l'integrità delle vie nervose   |                          |
| <b>Riflesso ano-cutaneo</b>   | <input type="checkbox"/> |
| Indica l'attivazione del plesso sacrale e del nervo pudendo<br>Presente se: stimolando la cute peri-anale si verifica una contrazione riflessa dello sfintere anale esterno omolaterale |                          |
| <b>Riflesso ano-clitorideo</b>  | <input type="checkbox"/> |
| Indica l'attivazione del nervo pudendo<br>Presente se: con una leggera stimolazione del clitoride si verifica la contrazione dello sfintere anale                                       |                          |
| <b>Riflesso dello sfintere anale</b>  | <input type="checkbox"/> |
| Presente se: con la stimolazione anale si verifica una contrazione riflessa dello sfintere  |                          |

|   |                          |
|---|--------------------------|
| <b>5. VALUTAZIONE MUSCOLARE</b>   |                          |
| <b>FASE 1: Osservando la donna, alla richiesta di un colpo di tosse si verifica</b>   |                          |
| <b>Protrusione dell'addome</b>  | <input type="checkbox"/> |
| Il diaframma, abbassandosi durante il colpo di tosse, non subisce la resistenza opposta dalla contrazione della muscolatura addominale e quindi, anziché verificarsi introflessione (condizione normale), si verifica protrusione dell'addome |                          |
| <b>Protrusione del pavimento pelvico</b>  | <input type="checkbox"/> |
| Si presenta quando è assente il riflesso di contrazione perineale a seguito di un aumento di pressione intraddominale (generato dal colpo di tosse)   |                          |
| <b>Perdita di urina</b>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>FASE 2: Palpazione esterna, chiedere alla donna di mantenere la muscolatura rilassata e quindi valutare</b>  |                          |
| <b>Consistenza del nucleo fibroso centrale</b>  |                          |
| Elastica: normotonia  | <input type="checkbox"/> |
| Nessuna resistenza opposta: ipotonia  | <input type="checkbox"/> |
| Resistenza aumentata/dolore: ipertonìa, fibrosi, esiti cicatriziali   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Consistenza del muscolo bulbocavernoso</b>   |                          |
| Normotonia  | <input type="checkbox"/> |
| Ipotonia  | <input type="checkbox"/> |
| Iper-tonia  | <input type="checkbox"/> |

| FASE 3: Palpazione interna<br>Valutare il tono e la consistenza di |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Muscolo ileo coccigeo</b>                                       |                          |
| Normotonia   | <input type="checkbox"/> |
| Ipertonia  | <input type="checkbox"/> |
| Ipotonia   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Muscolo pubococcigeo</b>  |                          |
| Normotonia   | <input type="checkbox"/> |
| Ipertonia  | <input type="checkbox"/> |
| Ipotonia   | <input type="checkbox"/> |

**TESTING PERINEALE**

**Tecnica:** porre indice e medio a piatto sulla parete posteriore vaginale per reperire il muscolo pubococcigeo e chiedere alla donna di stringere i muscoli attorno alle dita in vagina

**PC TEST**

Viene valutata l'elettività della contrazione muscolare e la forza contrattile fasica del Pubococcigeo, sia di destra che di sinistra, espressa durante una contrazione rapida e massimale

**Grading secondo Oxford scale**

- 0: Assenza di responsività muscolare  
 1: Contrazione non mantenuta e tremore  
 2: Contrazione di bassa intensità ma mantenuta  
 3: Contrazione moderata: lieve sollevamento delle dita dell'operatore  
 4: Contrazione soddisfacente: compressione e sollevamento delle dita contro lieve resistenza  
 5: Contrazione forte: compressione salda e sollevamento delle dita contro forte resistenza

**ENDURANCE**

Valutazione della durata della contrazione del muscolo pubococcigeo, chiedendo di mantenere la contrazione massimale più a lungo possibile.  
 La durata considerata per il punteggio deve essere del livello contrattile iniziale

**Grading secondo Aribani et al.,1996**

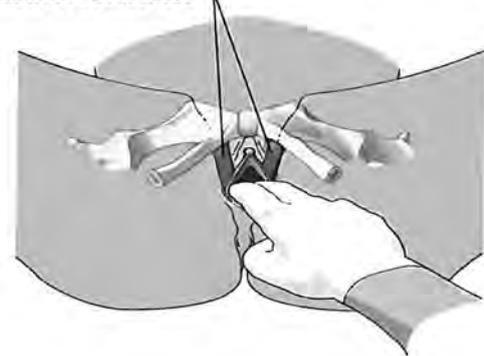
- 0: <2 secondi  
 1: 2-5 secondi  
 2: 6-9 secondi  
 3: >9 secondi

**AFFATICABILITÀ**

Valutazione dell'affaticabilità.  
 Per il punteggio viene considerato il numero delle contrazioni effettivamente eseguite con livello iniziale di forza

**Grading secondo Aribani et Al,1996**

- 0: <2 contrazioni  
 1: 2-5 contrazioni  
 2: 6-9 contrazioni  
 3: >9 contrazioni

**SCORE DEL PC TEST .....****MUSCOLO PUBOCCIGEO**

In questa fase dovrà inoltre essere valutata la presenza di

**INVERSIONE DI COMANDO**

La donna alla richiesta di contrazione anziché stringere la muscolatura spinge attivando i muscoli addominali, determinando così una protrusione visibile dell'addome e del nucleo fibroso centrale e una spinta verso l'esterno percepibile dalle dita dell'operatore

**ASIMMETRIE DEL PC**

Allargando le dita medio e indice, già presenti in vagina, valutare se il reclutamento muscolare è simmetrico

**ISOLABILITÀ DELLA CONTRAZIONE**

Valutare l'eventuale co-azione di muscoli addominali, adduttori e glutei. In caso di ipovalidità dei muscoli del pavimento pelvico si assiste come compensazione a un maggior reclutamento degli altri muscoli

**Indagare sulla sintomatologia attuale eventualmente riferita**

- Perdita involontaria di urina   
 Perdita involontaria di gas/feci   
 Ritenzione urinaria   
 Dispareunia   
 Dolore perineale

e sull'impatto di questa sulla qualità di vita tramite questionari validati ICIQSF, Iqol partendo da una domanda base quale: nel complesso in quale misura da 1 a 10 le perdite di urina interferiscono con la sua vita quotidiana? (Short form ICIQ-SF)



## Conclusioni

Le potenzialità di una diffusione di utilizzo del PFMT da parte degli operatori sarebbero enormi: comportando un'efficace prevenzione e trattamento estesi sulla popolazione, si assisterebbe a una riduzione dell'incidenza e prevalenza di tali patologie, con un'importante svolta sul problema.

L'applicazione della *check list* standardizzata è fruibile in qualsiasi contesto oltre che senza costi e fornisce un supporto *evidence-based* all'operatore per rendere efficace il programma.

Una valutazione perineale di *routine* sulle donne in gravidanza e in puerperio consentirà di individuare disfunzioni che, a seguito della gestazione e del parto, sono a maggior rischio di presentarsi; di individuare disfunzioni muscolari che potrebbero compromettere l'espletamento del parto; di sensibilizzare la donna all'argomento della salute perineale, in un momento di maggior attenzione al riguardo e proporre quindi il PFMT quando necessario, con maggiore *compliance* della donna.

## Bibliografia

- [1] Boyle R, Hay Smith, Cody JD, S. Morkved, Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012
- [2] A. Bortolami, Riabilitazione del pavimento pelvico, Edra
- [3] E. Bianchi, Can antenatal pelvic floor muscle training prevent urinary incontinence in late pregnancy and post-partum? A meta-analysis, Università degli Studi di Firenze, Pelviperineologia 2015; 34:15-27
- [4] Siv Morkved, K. Bo, Effect of pelvic floor muscle training during pregnancy and after childbirth on prevention and treatment of urinary incontinence: a systematic review, Br J Sports Med 2014
- [5] F. Carpentieri, I. Scebba, M. Soligo, E. De Ponti, S. Livio, E. Ferrazzi, "Il danno da parto sul pavimento pelvico in un centro ostetrico italiano: analisi epidemiologica e modelli organizzativi a confronto", Università degli Studi di Milano, Pelviperineologia 2015; 34:15-27
- [6] A.G. Zahariou, M.V. Karamouti, P. Papaioannou, Pelvic floor muscle training improves sexual function of women with stress urinary incontinence, International Urogynecology Journal 2008, 19:401-406

# Implementazione dell'ambulatorio del Bilancio di Salute a termine di gravidanza presso l'Ospedale Valduce di Como: studio osservazionale descrittivo

Implementation of the "Bilancio di Salute" (literaly "Health Balance") service at the end of pregnancy in Valduce Hospital in Como: observational descriptive study



**Autrici**

**Giulia Cocco**

*Ostetrica, Dottoressa Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Ospedale Valduce, Como  
giulia.cocco91@gmail.com*



**Elena Vincifori**

*Ostetrica, Dottoressa Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche Ospedale Valduce, Como  
leccicogne@valduce.it*

**Donatella Bertoli**

*Ostetrica Coordinatore, Dottoressa Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano  
donatella.bertoli@policlinico.mi.it*

## Introduzione

Il Bilancio di Salute è un servizio ambulatoriale offerto dall'Ostetrica a partire dalla 37<sup>a</sup> settimana di gestazione che funge da collegamento tra l'assistenza ricevuta in gravidanza e il parto ospedaliero. Tale ambulatorio nasce dalla volontà dei professionisti di offrire un'assistenza appropriata ed efficace, che soddisfi gli obiettivi clinico-assistenziali del termine di gravidanza raccomandati dalle LG Gravidanza fisiologica [1], dalle LG *Induction of Labour* e *Antenatal Care* [2] [3], e si configura come un significativo adeguamento agli standard di qualità assistenziale indicati dal National Institute for Health and Care Excellence [4].

Gli obiettivi specifici del servizio sono:

- di tipo clinico, legati alla verifica del benessere di mamma e bambino;
- relazionali e di supporto alla donna;
- di tipo informativo e organizzativo, per consentire alla coppia di orientarsi consapevolmente nel percorso assistenziale.

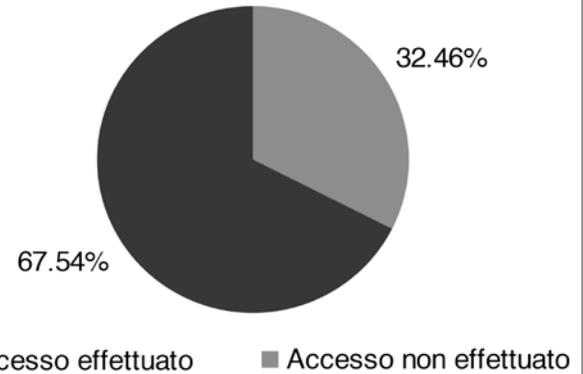
La diffusione del Bilancio di Salute (per primo introdotto in Regione Piemonte, come indicato nell'Agenda della gravidanza) non è ancora omogenea nelle regioni italiane. Benché gli obiettivi assistenziali siano condivisi, di fatto le modalità di organizzazione del servizio, se attuato, possono essere differenti a seconda delle singole realtà. Di conseguenza, non vi sono in letteratura studi di valutazione dell'efficacia di questa forma di offerta attiva, né sono stati formulati indicatori di qualità *ad hoc* condivisibili.

Nello studio si considera nello specifico tale proposta come realizzata, a partire dal 1° febbraio 2016, presso l'Ospedale Valduce di Como (II° livello, media di 1.300 parti annui).

## Obiettivi

1. Valutare l'efficacia del Bilancio di Salute, in termini di *output*, attraverso un'analisi epidemiologica degli accessi all'ambulatorio sul totale dei parti, consentendo così una stima dell'affluenza di donne al servizio e una valutazione anche dei possibili motivi del non accesso.
2. Valutarne l'efficacia, in termini di *outcome*, attraverso:
  - il livello di apprezzamento del servizio;
  - l'indicazione degli aspetti assistenziali considerati più rilevanti e pregnanti dalle donne nell'ambito del Bilancio di Salute;
  - il riconoscimento, da parte delle donne, della figura dell'ostetrica come la più adatta a condurre questa iniziativa;

### Scheda di rilevazione



## RIASSUNTO

### Introduzione

Il Bilancio di Salute a termine di gravidanza, servizio che funge da collegamento tra l'assistenza ricevuta dalle donne in gravidanza e il parto ospedaliero, nasce dalla volontà delle ostetriche di offrire un'assistenza appropriata ed efficace, che soddisfi gli obiettivi clinico-assistenziali del termine di gravidanza raccomandati dalle principali linee guida nazionali e internazionali. In letteratura non è ancora presente alcuno studio di valutazione dell'efficacia di questa attività, né sono stati formulati indicatori di qualità *ad hoc*.

### Scopo

Valutare l'impatto in termini di efficacia e di qualità percepita dell'ambulatorio del Bilancio di Salute a termine di gravidanza in una realtà assistenziale specifica del Nord Italia: l'Ospedale Valduce di Como.

### Materiali e metodi

Studio osservazionale descrittivo. Dal 1° luglio al 31 dicembre 2016 è stata condotta un'analisi degli accessi all'ambulatorio, comparati con il registro dei parti. È stato, inoltre, distribuito alla popolazione accessibile un questionario di valutazione della qualità del servizio.

### Risultati

Circa il 67% delle donne che hanno partorito a termine aveva effettuato il Bilancio di Salute. Si è, però, osservato come gli accessi all'ambulatorio fossero maggiori nelle donne con parto vaginale o con taglio cesareo non programmato, rispetto a quelle che erano in nota per un taglio cesareo elettivo. Complessivamente, il servizio è stato giudicato utile e rispondente ai bisogni delle donne, che ne hanno apprezzato non soltanto gli aspetti più concreti (verifica dello stato di salute, controllo di esami e di documenti), ma anche quelli più relazionali e legati all'ascolto.

### Conclusioni

Tutte le donne che intendano partorire presso la struttura ospedaliera, indipendentemente dalla modalità di parto, dovrebbero essere inviate al Bilancio di Salute. Incontrare la figura professionale dell'Ostetrica costituisce, infatti, un'occasione preziosa per la donna nell'aumentare la percezione di sicurezza rispetto al parto in ospedale e, soprattutto, nell'acquisire una maggiore presa di coscienza dell'esperienza di salute vissuta durante il Percorso Nascita.

### Parole chiave

Bilancio di Salute, termine di gravidanza, qualità dell'assistenza.

## ABSTRACT

### Introduction

The "Health Balance" service, offered at the end of the pregnancy, connects the care given to the mothers during the pregnancy and childbirth taking place in the hospital. The program is born from midwives' desire to offer appropriate and effective assistance and meets the clinical targets for the end of the pregnancy, recommended by the main national and international guidelines. In literature, no studies have been created, yet, to assess the effectiveness of this activity, and no specific quality indicators have been created so far.

### Purpose

To gauge the impact of the "Health Balance" service in terms of effectiveness and perceived quality. The ambulatory is taking place in Ospedale Valduce, located in Como, Italy.

### Materials and methods

Observational descriptive study. Starting from July 1<sup>st</sup> 2016 to December 31<sup>st</sup> 2016, an analysis was run in the ambulatory, comparing the number of accesses to the service to number of deliveries at term appearing in the childbirth register. Each pregnant woman who entered this service received a questionnaire to evaluate its quality.

### Results

About 67% of women who delivered at term underwent the "Health Balance" service. However, it could be observed how the women who had elective C-section had a lower access rate, compared to those who delivered through vaginal birth or emergency C-section. Overall, this ambulatory was considered useful and responsive to women's needs: they appreciated not only the more concrete aspects (health status, exams and documents checks), but also the more relational ones, like having someone to talk about their fears and doubts.

### Conclusions

All the women who want to deliver in a hospital, either with vaginal birth or C-section, should be directed to the "Health Balance" service at the end of their pregnancy. Meeting the professionalism of the midwife is a precious opportunity to increase the perception of security in a hospital delivery and, above all, to raise awareness about the health experience received during their own obstetric care.

### Keywords

Health Balance service, end of pregnancy, quality of care.



- il significato del termine “salute” attribuito dalle donne durante il Percorso Nascita, per valutare la necessità di un eventuale intervento di educazione sanitaria.

## Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo presso l'ambulatorio del Bilancio di Salute e il reparto di Ostetricia dell'Ospedale Valduce. Il campione è consistito nella popolazione accessibile. Alle donne venivano offerti tre incontri di Bilancio: un primo alla 37<sup>a</sup> settimana, un secondo alla 40<sup>a</sup> e un terzo alle 41<sup>a</sup> con la proposta dello *stripping* delle membrane, come raccomandato dal NICE [4]. Lo strumento individuato per riportare quanto emerso durante l'incontro è costituito da una apposita scheda. Per l'analisi epidemiologica degli accessi sono stati consultati l'agenda degli appuntamenti dell'Ambulatorio e il registro dei parti dal 1° luglio al 31 dicembre 2016 (6 mesi). Nello stesso periodo è stato somministrato un questionario di valutazione della qualità percepita che le donne compilavano a domicilio e restituivano completo al ricovero. Il questionario era costituito da una prima sezione di domande per la rilevazione dei dati anagrafico-anamnestici del campione e da una seconda sezione costituita da 8 domande a risposta multipla con una sola opzione di risposta. L'analisi dei dati è avvenuta in forma anonima e aggregata.

## Risultati

### Dati di affluenza all'Ambulatorio

Nei 6 mesi di studio hanno partorito a termine 610 donne. Di queste, il 67,5% (n=412) hanno effettuato almeno una visita al Bilancio di Salute. Tra queste, 9 donne hanno partecipato al Bilancio di Salute, come si evince dalla scheda in loro possesso, ma non hanno ricevuto il questionario né sono state incluse nel campione, in quanto tale incontro è avvenuto nei giorni immediatamente precedenti il 1° luglio, data d'inizio dello studio.

Differenziando per modalità di parto, si è osservato come il 72% delle donne che erano andate incontro a un parto vaginale o a un taglio cesareo non programmato, avevano effettuato il Bilancio di Salute; viceversa, le donne che erano state sottoposte a taglio cesareo elettivo erano state inviate al servizio solo nel 41% dei casi (Tabella 1).

In totale sono state erogate 647 prestazioni. Il 52,5% delle donne afferite al servizio ha effettuato una sola visita, il 30,4% due visite e il 17,1% ha completato le tre visite proposte: questo in relazione al fatto che il

**Tabella 1 - Frequenza dell'invio delle pazienti al Bilancio di Salute in relazione alla modalità di parto**

| Bilancio di Salute effettuato | TC elettivo |               | Parto vaginale/<br>TC non programmato |             |
|-------------------------------|-------------|---------------|---------------------------------------|-------------|
|                               | numero      | %             | numero                                | %           |
| SÌ (n=412)                    | 38          | 41,76%        | 374                                   | 72,06%      |
| NO (n=198)                    | 53          | 58,24%        | 145                                   | 27,94%      |
| <b>Totale</b>                 | <b>91</b>   | <b>100,0%</b> | <b>519</b>                            | <b>100%</b> |

travaglio sia insorto prima di poter accedere alle visite successive o che le donne siano venute a conoscenza di questa proposta a un'epoca gestazionale già di 40-41 settimane.

### Analisi della qualità percepita del servizio

Le pazienti afferite all'ambulatorio nel periodo di studio sono state 403. Il questionario ha avuto un tasso di risposta del 54,8%: infatti, 221 donne hanno restituito il

## Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche e anamnestiche del campione (n=221)

| Variabili  | Frequenza | %     |
|--|-----------|-------|
| <b>Età materna (anni)</b>                                      |           |       |
| <20  | 0         | 0%    |
| 20-29  | 55        | 24,9% |
| 30-39  | 153       | 69,2% |
| >40  | 9         | 4,1%  |
| Non risposte   | 4         | 1,8%  |
| <b>Cittadinanza</b>  |           |       |
| Italiana   | 181       | 81,9% |
| Straniera  | 36        | 16,3% |
| Non risposte   | 4         | 1,8%  |
| <b>Livello di istruzione</b>                                   |           |       |
| Elementare   | 4         | 1,8%  |
| Media inferiore  | 27        | 12,2% |
| Diploma superiore  | 88        | 39,8% |
| Laurea   | 97        | 43,9% |
| Non risposte   | 5         | 2,3%  |
| <b>Contesto familiare/sociale</b>                              |           |       |
| Vivo solo con mio marito/compagno                              | 120       | 54,3% |
| Vivo con mio marito/compagno ed eventuali figli                | 87        | 39,4% |
| Vivo da sola   | 1         | 0,5%  |
| Vivo nella mia famiglia di origine                             | 3         | 1,4%  |
| Non risposte   | 10        | 4,5%  |
| <b>Parità</b>  |           |       |
| Nullipare  | 134       | 60,6% |
| Pluripare  | 87        | 39,4% |
| <b>Partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita</b> |           |       |
| Sì, gestito prevalentemente da ostetriche                      | 157       | 71,1% |
| Sì, gestito da altra figura professionale                      | 2         | 0,9%  |
| No   | 58        | 26,2% |
| Non risposte   | 4         | 1,8%  |

questionario compilato; 81 questionari non sono stati consegnati dalle ostetriche del Bilancio di Salute (64% per motivi linguistici); 101 sono stati invece consegnati e poi non compilati o persi.

Il 76% delle donne intervistate è venuto a conoscenza del Bilancio di Salute all'interno dell'attività ambulatoriale o libero-professionale di Ostetricia dell'Ospedale Valduce. Un 13,6% ha risposto "Altro" specificando, nella maggior parte dei casi, durante i corsi di accompagnamento alla nascita condotti dalle ostetriche del medesimo Ospedale. Solo nel 6,3% dei casi l'informazione è stata trasmessa nei Consultori e nel 2,3% da ginecologi privati esterni. Un 1,8% non ha risposto alla domanda.

Nella Tabella 3 vengono illustrate le risposte ai quesiti del questionario.

## Discussione

L'analisi epidemiologica degli accessi all'ambulatorio ha consentito di individuare almeno due aree di miglioramento e di ampliamento futuro del bacino di utenza. La prima riguarda la necessità dell'invio sistematico delle donne con taglio cesareo elettivo al Bilancio di Salute (la modalità di parto prevista, infatti, non è stata individuata come un criterio di esclusione per l'accesso all'ambulatorio). La seconda, invece, consiste nell'anticipazione dell'informazione alle donne sull'esistenza di questo servizio, possibilmente già dai corsi di accompagnamento alla nascita: infatti, più del 50% del campione era riuscito a effettuare una sola visita sulle tre proposte, segnalando un ritardo nell'invio all'ambulatorio da parte dei curanti.

Per quanto riguarda il questionario, i risultati hanno mostrato complessivamente un elevato gradimento del servizio da parte dell'utenza. La sua utilità, per più della metà del campione, risiede nella capacità di dare conferma dello stato di salute di mamma e bambino, ricapitolando il percorso della gravidanza fino a quel momento; inoltre, più del 30% delle donne ha affermato di averlo apprezzato in quanto costituisce un'occasione di ascolto e chiarimento per eventuali dubbi, incertezze e paure. Pertanto, gli obiettivi assistenziali su cui puntare all'interno di questo tipo di ambulatorio si confermano essere non soltanto di tipo clinico, ma anche relazionali e di supporto.

Il 29,9% del campione ha percepito che nell'incontro sia stato dedicato più spazio all'informazione data dalle Ostetriche sulla pianificazione dell'assistenza a termine di gravidanza e alla programmazione degli appuntamenti successivi, a conferma del raggiunto obiettivo del servizio di fungere da ponte tra l'assistenza ricevuta in gravidanza e il parto, anche e soprattutto per le donne seguite al di fuori dell'Ospedale. La verifica del benessere fisico e il riepilogo dei segni da osservare e i comportamenti da attuare nelle fasi iniziali del travaglio sono stati percepiti come aspetti molto valorizzati dalle ostetriche durante l'incontro, ancora in coerenza con gli obiettivi assistenziali prefissati.

Tabella 3 - Risposte al questionario

| Outcome valutato, relativo quesito e opzioni di risposta   | %     |
|--|-------|
| <b>1. Apprezzamento del servizio</b>   |       |
| <i>Consiglierebbe il Bilancio di Salute a un'amica in gravidanza?</i>  |       |
| Sì   | 92,3% |
| No   | 0,5%  |
| Non risposte   | 7,2%  |
| <b>2. Bisogni assistenziali</b>  |       |
| <i>A. Si è sentita ascoltata e accolta nei suoi bisogni globali (fisici, psicologici, relazionali, culturali) nel corso di questo colloquio?</i>   |       |
| Sì   | 87,8% |
| Abbastanza   | 7,7%  |
| No   | 0%    |
| Non risposte   | 4,5%  |
| <i>B. Secondo Lei, un "Bilancio" a termine di gravidanza è utile perché:</i>   |       |
| Consente di esprimere le proprie preferenze e di condividere e chiarire eventuali incertezze o preoccupazioni riguardo al parto  | 33,5% |
| Dà una conferma dello stato di salute fisica di mamma e bambino, ricapitolando il percorso di cura affrontato  | 52,9% |
| Sonda l'aspetto motivazionale ed emozionale nei confronti del puerperio e dell'allattamento  | 0,5%  |
| Permette di approfondire le modalità assistenziali e le procedure ospedaliere del luogo dove si andrà a partorire  | 6,3%  |
| Non è utile  | 0,5%  |
| Non risposte   | 2,7%  |
| Più di una risposta  | 3,6%  |
| <i>C. Durante l'incontro, ha avuto più spazio:</i>   |       |
| La verifica del benessere fisico di mamma e bambino  | 27,1% |
| L'ascolto dei bisogni, timori o desideri   | 13,6% |
| La possibilità di essere informata riguardo alla pianificazione dell'assistenza nei giorni vicini al termine di gravidanza e il ricevere già la programmazione degli appuntamenti successivi | 29,9% |
| Il riepilogo, insieme all'ostetrica, dei segni da osservare e i comportamenti da attuare nelle fasi iniziali del travaglio   | 17,6% |
| Il sostegno riguardo alla capacità di vivere come eventi normali il parto, il dopo parto e l'allattamento  | 6,3%  |
| Non risposte   | 3,2%  |
| Più di una risposta  | 2,3%  |

| Outcome valutato, relativo quesito e opzioni di risposta  | %     |
|---|-------|
| <i>D. Quale valutazione complessiva si sente di esprimere su questo incontro con l'ostetrica?</i>   |       |
| Il Bilancio di Salute è stato utile solo per verificare la completezza degli esami effettuati in gravidanza e per preparare la documentazione per il parto          | 12,7% |
| Il Bilancio di Salute è stato utile solo per verificare il benessere di mamma e bambino   | 2,7%  |
| La disponibilità ad accogliere le richieste e il fornire riferimenti in caso di bisogno, mi hanno fatto sentire più serena e con la consapevolezza della situazione | 48,4% |
| Mi ha dato la percezione di poter andare a partorire in un luogo sicuro perché gli operatori hanno mostrato di lavorare in modo concorde tra loro e competente      | 28,1% |
| L'ho percepito come una perdita di tempo, avrei potuto farne a meno   | 0,5%  |
| Mi sarei sentita più sicura se questo bilancio conclusivo l'avesse fatto un professionista, medico o ostetrica, a me già noto                                       | 0,0%  |
| Non risposte  | 4,5%  |
| Più di una risposta   | 3,2%  |
| <b>3. Ruolo della figura dell'ostetrica nel servizio</b>  |       |
| <i>Si è meravigliata di avere incontrato l'ostetrica in occasione del Bilancio di Salute?</i>   |       |
| No, affatto, perché so che l'ostetrica è preparata anche per seguire le donne in gravidanza   | 83,3% |
| No, ma speravo comunque di incontrare un ginecologo per una visita più approfondita   | 3,2%  |
| No, perché per me è indifferente incontrare un medico o un'ostetrica  | 2,3%  |
| Sì, ero convinta che in gravidanza avrei sempre incontrato un medico ginecologo   | 3,2%  |
| Sì, perché ritenevo che le ostetriche si occupassero solo di corsi di preparazione al parto e di aiutare la donna a partorire                                       | 5,4%  |
| Non risposte  | 2,7%  |
| <b>4. Concetto di salute in gravidanza</b>  |       |
| <i>Secondo Lei, l'aspetto di "salute" in gravidanza-parto consiste prevalentemente nel:</i>   |       |
| Non sviluppare malattie materne e/o fetali (assenza di malattia)  | 4,5%  |
| Avere fiducia in se stesse e dare ascolto al proprio corpo che cambia (benessere fisico)  | 4,5%  |
| Fare il numero maggiore di esami ed ecografie per avere la certezza che tutto proceda al meglio (tecnicismo)  | 5,0%  |
| Sentirsi inserite in una rete relazionale di supporto che riconosca e comprenda il proprio contesto familiare e sociale (supporto sociale/relazionale)              | 2,7%  |
| Ricevere conferma dal curante che la gravidanza ha un decorso regolare (delega)   | 26,2% |
| Percepire uno stato di benessere generale, non solo dal punto di vista fisico, ma anche sociale e psicologico (salute OMS)  | 47,5% |
| Non risposte  | 3,2%  |
| Più di una risposta   | 6,3%  |

Per quanto riguarda la valutazione complessiva del Bilancio di Salute, sono stati considerati rilevanti soprattutto due aspetti legati alla capacità di ascolto e di comunicazione degli operatori: quello di fornire maggiore serenità e consapevolezza alle donne e quello di aumentare la loro sicurezza rispetto al luogo del parto.

Le gravide hanno affermato, inoltre, di comprendere il ruolo professionale dell'ostetrica e hanno giudicato adeguate le sue competenze anche ai fini degli obiettivi appena citati. L'incontro con la figura professionale dell'ostetrica a termine di gravidanza costituisce un'occasione preziosa anche per trasmettere e rafforzare l'importanza della presa in carico del proprio stato di salute.

È risultato, infatti, che meno della metà del campione aveva un concetto di salute "globale" (OMS 1948), mentre la restante parte l'ha intesa in accezioni parziali, come delega al curante o come assenza di malattia e tecnicismo. Le risposte a questo quesito sono risultate utili nello stimolare i professionisti a una riflessione sul tipo di educazione sanitaria fornita nel percorso di gravidanza.

## Conclusioni e proposte operative

Per le professioniste ostetriche, questo studio potrebbe fungere da stimolo per la creazione di ambulatori dedicati al Bilancio di Salute, con la consapevolezza che, globalmente, essi risultino essere apprezzati dalle donne e vengano considerati come momenti assistenziali importanti ai fini dell'esperienza di gravidanza da loro vissuta. Nel Bilancio di Salute, infatti, l'attenzione è posta non solo sul benessere fisico di mamma e bambino, ma anche sull'aspetto relazionale ed emotivo e, di conseguenza, anche su quello assistenziale. Domandare alle donne se vi sia una rete di supporto familiare, quale sia il vissuto della gravidanza e se vi siano delle preoccupazioni o delle fatiche in termini emotivi, consente, infatti, di individuare precocemente eventuali fragilità e, di conseguenza, di attivare interventi a sostegno della donna, adattando anche il tipo di assistenza al parto e alla dimissione dall'ospedale. Si potrebbe dire che, in parte, la psicoprofilassi al parto e al puerperio passi anche attraverso questa ulteriore occasione di incontro con le donne che, giunte alla conclusione di un percorso di gravidanza, si affidano, ancora una volta, alla figura professionale e competente dell'ostetrica.

L'obiettivo dello studio era principalmente quello di valutare la qualità percepita dell'assistenza a termine di gravidanza. Nella realtà assistenziale in cui sono stati raccolti i dati, l'obiettivo è stato raggiunto, facendo emergere l'aspetto più soggettivo della qualità: la prospettiva delle donne.

Ogni ambulatorio dedicato al Bilancio di Salute dovrebbe interessarsi alla valutazione – anche periodica – di questo aspetto. Si auspica in futuro di riuscire a creare un "linguaggio comune", un indicatore, uno strumento più oggettivo che consenta di rilevare nello specifico la qualità assistenziale e l'impatto in termini di salute di

questo servizio, per poterlo condividere e monitorare nel tempo. In letteratura non sono stati individuati degli indicatori *ad hoc* per questo tipo di attività, ma solo alcuni relativi al termine di gravidanza più in generale [5][6][7].

Gli standard di qualità del NICE [4] propongono per le donne in gravidanza, come indicatore di struttura, l'evidenza di strategie a livello locale per la verifica della completezza e dell'accuratezza degli esami: pertanto, anche solo la presenza di un servizio, come il Bilancio di Salute, che effettui questa verifica, costituisce un indicatore di struttura della qualità assistenziale.

Concludendo, l'introduzione del Bilancio di Salute risulta essere non solo un intervento gradito alle donne, ma anche un'occasione di miglioramento della qualità assistenziale a termine di gravidanza per noi professionisti.

## Bibliografia

- [1] SNLG-ISS, Sistema Nazionale Linee Guida-Istituto Superiore di Sanità. Gravidanza fisiologica. Linea guida. Roma: ISS; 2010
- [2] NCC-CHD, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Induction of Labor. London: RCOG Press; 2008b
- [3] NCC-CHD, National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Antenatal Care. Routine Care for the healthy pregnant woman. London: RCOG Press; 2008a
- [4] National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal care Quality standard (QS22). 2012.
- [5] Regione Piemonte. Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Area materno- infantile: definizione obiettivi ed indicatori del "Percorso Nascita." DGR nn. 34- 8769 Dec 5, 2008
- [6] Regione Veneto. Percorso della gravidanza a basso rischio nella regione del Veneto. ALLEGATO A alla Dgr n. 568 Apr 21, 2015
- [7] Regione Emilia Romagna. Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita. Allegati 1 e 2. Deliberazione della Giunta Regionale Emilia Romagna 533 (BUR 20/5/2008 n. 82) Apr 21, 2008
- [8] Schmid V. Salute e nascita: la salutogenesi in gravidanza. Milano: Urra; 2007
- [9] Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Apr 28;4:CD004667

# Il periodo espulsivo: tempi e modi dell'assistenza

The second stage of labour: timing and models of care

*Autrici*



**Giulia Maga**

*Ostetrica presso Istituti Ospedalieri  
di Cremona*



**Lucia Rovati**

*Ostetrica presso Fondazione I.R.C.C.S.  
Policlinico San Matteo, Pavia*



**Elsa Del Bo**

*Direttrice delle Attività Didattiche  
Corso di Laurea in Ostetricia  
Università degli Studi di Pavia*



**Sabina Potenza**

*Coordinatrice Ostetrica della Sala Parto e  
del Pronto Soccorso Ostetrico e Ginecologico  
presso Fondazione I.R.C.C.S.  
Policlinico San Matteo, Pavia*

## Introduzione

L'assistenza al parto è stata fortemente influenzata negli anni dal livello di medicalizzazione della nascita. In questo contesto, le prove di efficacia solitamente considerano più l'azione rispetto all'attesa, focalizzandosi su

quando intervenire piuttosto che sulla necessità di intervenire. La pratica clinica può quindi entrare in conflitto con la consapevolezza delle ostetriche di non interferire nel processo della nascita (Spandrio, 2016).

### RIASSUNTO

La variabile tempo è una delle più discusse in ostetricia, fonte di ansie, di interventi, fondamento di linee guida (Spandrio, 2016). In travaglio lo scorrere del tempo viene spesso percepito come un aspetto negativo che può portare chi assiste ad applicare limiti di tempo alla durata di quest'ultimo, dettati dall'impazienza di voler verificare lo stato di salute del neonato. In un'ottica di promozione della normalità della nascita, assume un valore positivo lasciare il tempo necessario al manifestarsi dei fenomeni del parto: non ci sono evidenze scientifiche nel porre limiti arbitrari alla durata del periodo espulsivo in condizioni di benessere materno-fetale e progressione della parte presentata. Affinché la variabile tempo possa assumere una connotazione positiva, l'assistenza al travaglio deve quindi riflettere un equilibrio tra il non intervento e l'uso consapevole di strumenti che supportano migliori esiti sia materni che fetali.

#### Parole chiave

Periodo espulsivo, fase di transizione, *hands-on/hands-off*.

### ABSTRACT

Time is one of the most treated midwifery's topics, it's source of anxiety, active management and guidelines (Spandrio, 2006). Time's flow in labour is often felt and judged as negative and this can lead to apply time limits to its length because of impatience to check the newborn's health.

Allow time to the birth phenomena occurring gives a positive value in the perspective of normal birth: there is no scientific evidence to put limits to the length of the second stage of labour in case of maternal and fetal wellbeing and the progress and descent of the presenting part.

In order to give time a positive value, promotion of normal birth involves a balance between non-intervention and the judicious use of technologies that support safe outcomes for both the mother and the baby.

#### Keywords

Second stage of labour, latent phase, *hands-on/hands-off*.

## Tempi del periodo espulsivo

Il periodo espulsivo si definisce come il tempo durante il quale il feto progredisce nel canale del parto per uscire dal corpo materno. Inizia a dilatazione cervicale completa e termina con la nascita del feto (Pescetto, 2013).

Nel 1954 Friedman è stato il primo a illustrare in un grafico (Figura 1) la curva dei tempi del periodo espulsivo, suddividendolo in:

- fase di transizione (*latent phase*), data dal tempo che intercorre tra la dilatazione completa e l'inizio della sensazione di premito;
- fase attiva (*active phase*), che inizia nel momento in cui la donna avverte una sensazione di premito più intensa che non può trattenere;
- fase di decelerazione (*transition phase*), che inizia al coronamento e termina con la nascita (Friedman E., *The Graphic Analysis of Labor*, Am J Obstet Gynecol).

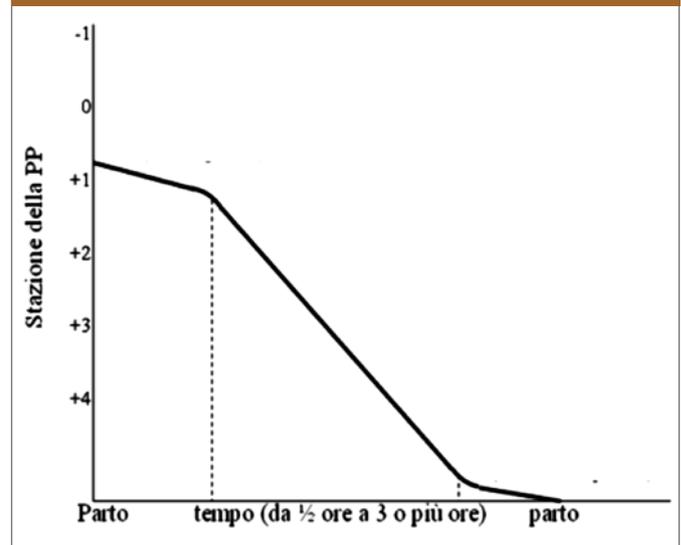
La letteratura in merito è molto cambiata nel tempo. Negli anni Settanta del secolo scorso veniva considerata normale una durata di un'ora nella nullipara e di 30 minuti nella pluripara, senza operare una distinzione tra fase di transizione e fase attiva. Queste prescrizioni hanno portato a un aumento del tasso di tagli cesarei nelle nullipare e parti operativi nelle pluripare, eseguiti per arresto della progressione della parte presentata.

Negli anni Novanta si è iniziato a introdurre il concetto di fase di transizione osservando che nei travagli di donne in analgesia epidurale, se la donna veniva invitata a spingere appena raggiunta la dilatazione completa, il numero di parti operativi aumentava rispetto ai casi in cui la donna iniziava a spingere all'avvertire del premito o quando la parte presentata iniziava a distendere il perineo. Da qui l'esigenza di contenere l'eccessivo interventismo proposto tra gli anni Settanta e gli anni Novanta, che ha portato alla necessità di nuove linee guida.

Nel 2004 Cesario ha pubblicato uno studio pilota (Cesario S. K., *Reevaluation of Friedman's labor curve: a pilot study*, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs) il cui scopo era quello di riconsiderare la lunghezza media degli stadi del travaglio, concludendo che, con l'ausilio delle nuove strumentazioni per valutare il benessere materno-fetale, non è necessario porre limiti di tempo al secondo stadio.

L'ultima *review* pubblicata nel 2014 dall'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) in collaborazione con la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) (Caughey A. B., Cahill A. G., Guise J., Rouse D. J., *Safe prevention of the primary cesarean delivery*, Am J Obstet Gynecol) contiene le raccomandazioni per prevenire l'esecuzione del primo taglio cesareo. ACOG e SMFM affermano che prima di diagnosticare un arresto del travaglio durante il secondo stadio, se le condizioni materne e fetali lo permettono, è opportuno aspettare almeno 3 ore di *pushing* nelle nullipare e 2 ore nelle pluripare. Può essere appropriata anche una durata superiore: per esempio in caso di ricorso all'analgesia epidurale o in caso di malpo-

Figura 1 (Friedman E., 1954)



sizione fetale, che deve essere però valutata individualmente caso per caso, documentando la progressione del travaglio.

Dalla revisione della letteratura emerge quindi che la fase attiva del periodo espulsivo può durare fino a 3 ore nelle nullipare e 2 ore nelle pluripare; considerando, al termine di queste ore, se si sta entrando in un'area di distocia. Per quanto riguarda la fase di transizione, di cui non viene definita la normalità, essa andrebbe completamente rispettata e non valutata in relazione al tempo.

## Tempi ed esiti neonatali

Nel 2004 Cheng ha pubblicato uno studio retrospettivo (Cheng Y. W., Hopkins L. M., Caughey A. B., *How long is too long: does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?*, Am J Obstet Gynecol) condotto in California su una coorte di nullipare, il cui scopo era quello di esaminare esiti materni e neonatali in relazione al prolungamento del secondo stadio del travaglio. Dallo studio risulta che non c'è correlazione tra durata del secondo stadio ed esiti neonatali.

Lo stesso non si verifica per le multipare: sempre Cheng, dallo studio retrospettivo del registro californiano, analizza in un tempo successivo una coorte di pluripare (Cheng Y. W., Hopkins L. M., Laros R. K. Jr, Caughey A. B., *Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes*, Am J Obstet Gynecol). Lo scopo dello studio è sempre quello di valutare gli *outcome* materno-fetali in relazione alla durata del secondo stadio. Confrontando le donne nelle quali il secondo stadio ha avuto una durata compresa tra 0 e 2 ore con coloro nelle quali è durato più di 3 ore, è risultato che tra queste ultime gli esiti neonatali



sono stati peggiori, con una maggior incidenza di punteggio Apgar <7 al quinto minuto, liquido tinto, pH <7, BE >12 mol/l, ricovero in terapia intensiva neonatale. L'articolo mette in luce che, nonostante sia modesta la percentuale di pluripare che ha avuto un secondo stadio superiore a 3 ore, gli esiti in questo gruppo sono stati meno soddisfacenti per il neonato e questo è dipeso dalla vera manifestazione della sproporzione fetto-pelvica e delle malposizioni fetali, che sono le due situazioni che maggiormente condizionano la durata del secondo stadio nelle pluripare.

## Tempi ed esiti materni

Nel 2009 l'American Journal ha pubblicato un editoriale (Caughey A.B., *Is there an upper time limit for the management of the second stage of labor?*, Am J Obstet Gynecol) sulla durata del secondo stadio dal quale è emerso che all'aumentare della durata del secondo stadio si associa una diminuzione di parti spontanei e un aumento di esiti materni avversi, quali corionamniosite, lacerazioni di III e IV grado e atonia uterina. Gli autori concludono affermando che il secondo stadio non dovrebbe essere accelerato o interrotto per la sola durata.

Sempre in relazione agli outcome materni, Le Ray ha condotto nuovi studi nel 2011 (Le Ray C., Fraser W., Ro-

zenberg P., Langer B., Subtil D., Goffinet F., *Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk nulliparous women*, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol) e nel 2015 (Dionne M. D., Deneux-Tharaux C., Dupont C., Basso O., Rudigoz R. C., Bouvier-Colle M. H., et al., *Duration of expulsive efforts and risk of post-partum hemorrhage in nulliparous women: a population-based study*, PLoS ONE), in cui è stato valutato il rischio di emorragia post partum severa in relazione alla durata della fase passiva e attiva del secondo stadio. Una fase attiva prolungata del secondo stadio è associata a un rischio di emorragia post partum severa nelle pazienti nullipare mentre non lo sono la fase passiva del secondo stadio e il primo stadio.

Dalla letteratura emerge chiaramente che più passa il tempo e più aumenta il numero di tagli cesarei e di parti operativi per via vaginale e, soprattutto, aumentano gli indicatori di morbosità e morbilità materna, lacerazioni di III e IV grado, emorragia post partum, corionamniosite ed endometrite; i tempi per la madre non sono quindi indifferenti. Tuttavia, questo aumentato rischio non può essere interamente correlato alla durata del secondo stadio di per sé, piuttosto anche agli interventi eseguiti. Pertanto, è bene rispettare la fase passiva per accorciare la fase attiva e ridurre il rischio di eventi avversi materni.



## Assistenza ostetrica al periodo espulsivo

L'American College of Nurse-Midwives ha pubblicato una *review* nel 2014 (King T. L., Pinger W., *Evidence-based practice for intrapartum care: the pearls of midwifery*, J Midwifery Women's Health) in cui afferma che al momento la miglior pratica clinica consiste nel promuovere le spinte spontanee a glottide aperta, in un'ottica di individuazione del *management* del secondo stadio in quanto la manovra di Valsalva, oltre a comportare un maggior sforzo materno, è associata a un aumento del rischio di danno a livello del pavimento pelvico.

Per quanto riguarda l'assistenza *hands-on/hands-off*, il dibattito è ancora aperto.

In relazione alla prevenzione delle lacerazioni di III e IV grado, le linee guida del Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, *The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears*, Green-top Guideline No) affermano che non vi è superiorità di una tecnica sull'altra nel ridurre il rischio di OASIS (*Obstetrical Anal Sphincter Injuries*) in quanto l'effetto protettivo della tecnica *hands-on* non raggiunge significatività statistica mentre le ultime linee guida della World Health Organization (WHO recommendations: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*) depongono a favore della tecnica *hands-on* a protezione del perineo.

Sull'assistenza al disimpegno delle spalle è stato condotto uno studio osservazionale sui tempi e le pratiche assistenziali messe in atto nella fase finale del periodo espulsivo all'Ospedale San Gerardo di Monza (Strobel N., Locatelli A., Casarico G., Ferrini S., Bonassera M., Longoni A., Incerti M., *Head-to-body interval time: what is the normal range?*, Am J Obstet Gynecol) dal quale è emerso che la relazione tra tempo del periodo espulsivo, tempo

testa-spalle e valori emogasanalitici è modesta e clinicamente irrilevante. Le uniche variabili che sono state correlate con un pH basso alla nascita sono il grado patologico di tracciato cardiocografico in periodo espulsivo o un parto operativo. Nel 93% dei parti, durante il disimpegno delle spalle, l'ostetrica non ha messo in atto alcuna manovra per accelerare questo momento. L'intervallo medio di tempo tra il disimpegno dell'estremo cefalico e il disimpegno totale del feto è risultato essere di  $88 \pm 61$  sec e il 63% dei parti è avvenuto con un intervallo maggiore di 60 sec, con un'incidenza di distocia di spalle pari a 0,4%. Dall'analisi degli autori è emerso che l'assistenza *hands-off* è rispettosa dei tempi della nascita e tale modello è sicuro in termini di esiti neonatali. I casi in cui questo modello è stato disatteso presentavano un tracciato cardiocografico patologico, liquido tinto e fattori di rischio neonatali.

## Linee guida

La WHO già nel 1996 (World Health Organization, *Care in Normal Birth: a practical guide*) aveva affermato che lo scopo dell'assistenza è quello di ottenere una madre e un bambino sani con il minor numero possibile di interventi, compatibilmente con i livelli di sicurezza. Questo approccio implica che nel parto definito *normale* deve esserci un motivo valido per interferire con il processo naturale. La decisione di abbreviare il secondo stadio dovrebbe essere basata sulla sorveglianza delle condizioni materne e fetali e sulla progressione del travaglio. Nel 2012 la Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO), nelle linee guida sul *management* del

secondo stadio (International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Management of the second stage of labor*, Int J Obstet Gynecol), sottolinea il rispetto della fase di transizione.

La Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) ha pubblicato a settembre 2016 le linee guida sul management del travaglio spontaneo (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, *Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women*, J Obstet Gynecol Can), in cui afferma che la promozione del normal birth comporta un equilibrio tra il non intervento e l'uso consapevole di strumenti che supportano migliori esiti sia materni che fetali.

Le linee guida National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (National Institute for Health and Care Excellence, *Intrapartum care for healthy women and babies*), aggiornate a febbraio 2017, ribadiscono con chiarezza che, quando si parla di tempi, si intende la fase attiva; la fase passiva non viene considerata nella valutazione dei tempi del secondo stadio. Non ci sono quindi valide dimostrazioni che giustifichino limiti arbitrari di tempo riguardo la durata del secondo stadio. Esiste tuttavia una corrispondenza tra morbilità materna e durata della fase attiva del secondo stadio superiore a 3 ore nella nullipara e 2 ore nella pluripara.

Infine, le ultime linee guida WHO (WHO recommendations: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*), pubblicate a febbraio 2018, affermano che nelle primipare il periodo espulsivo si completa solitamente in 3 ore mentre nelle pluripare in 2 ore e che le gestanti dovrebbero essere informate che la durata del secondo stadio varia da donna a donna.

## Conclusioni

Dagli anni Cinquanta a oggi i tempi del periodo espulsivo, così come quelli dell'intero travaglio, sono stati rivisti più volte. Molti studi hanno cercato di esaminare una relazione tra la durata del periodo espulsivo e gli eventi avversi, sia materni che neonatali, per definire quella che dovrebbe essere la *durata normale*. Nonostante i numerosi studi, proprio perché il calcolo della durata del periodo espulsivo rappresenta una stima soggettiva e approssimativa, la lunghezza massima assoluta di tempo oltre la quale tutte le donne dovrebbero aver partorito al momento non è ancora stata identificata (Spandrio, 2016).

Tuttavia, la letteratura fornisce chiare raccomandazioni sulla conduzione del periodo espulsivo. Esiste infatti una corrispondenza tra morbilità materna e durata della fase attiva del secondo stadio superiore a 3 ore nella nullipara e 2 ore nella pluripara, che non deve essere trascurata. Questa aumentata morbilità, in termini di lacerazioni di III e IV grado, emorragia *post partum*, corionamniosite ed endometrite, deve essere soppesata con i rischi di un parto operativo (NICE, 2014).

## Bibliografia

1. Caughey A.B., Cahill A.G., Guise J., Rouse D.J., *Safe prevention of the primary cesarean delivery*, Am J Obstet Gynecol 2014, 179:93
2. Caughey A.B., *Is there an upper time limit for the management of the second stage of labor?*, Am J Obstet Gynecol 2009
3. Cesario S.K., *Reevaluation of Friedman's labor curve: a pilot study*, J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2004, 33(6), 713:22
4. Cheng Y.W., Hopkins L.M., Caughey A.B., *How long is too long: does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?*, Am J Obstet Gynecol 2004, 191(3), 933:8
5. Cheng Y.W., Hopkins L.M., Laros R.K. Jr, Caughey A.B., *Duration of the second stage of labor in multiparous women: maternal and neonatal outcomes*, Am J Obstet Gynecol 2007, 196(6), 585:6
6. Dionne M.D., Deneux-Tharoux C., Dupont C., Basso O., Rudigoz R.C., Bouvier-Colle M.H. et al., *Duration of expulsive efforts and risk of post-partum hemorrhage in nulliparous women: a population-based study*, PLoS ONE 2015, 10(11): e0142171
7. Friedman E., *The Graphic Analysis of Labor*, Am J Obstet Gynecol 1954, 68 (6), 1568:75
8. International Federation of Gynecology and Obstetrics, *Management of the second stage of labor*, Int J Obstet Gynecol 2012, 119, 111:16
9. King T.L., Pinger W., *Evidence-based practice for intrapartum care: the pearls of midwifery*, J Midwifery Women's Health 2014, 572:85
10. Le Ray C., Fraser W., Rozenberg P., Langer B., Subtil D., Goffinet F., *Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum hemorrhage in low-risk nulliparous women*, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011, 158(2), 167:172
11. National Institute for Health and Care Excellence, *Intrapartum care for healthy women and babies*, 2014 - Last updated February 2017
12. Pescetto G., De Cecco L., Pecorari D., Ragni N., *Ginecologia e Ostetricia*, vol. 2, IV edizione, Roma 2013
13. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, *The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears*, Green-top Guideline No. 29 2015
14. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, *Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women*, J Obstet Gynecol Can 2016, 843:65
15. Spandrio R., Regalia A., Bestetti G., *Fisiologia della nascita*, I edizione, Roma 2016
16. Strobelt N., Locatelli A., Casarico G., Ferrini S., Bonasera M., Longoni A., Incerti M., *Head-to-body interval time: what is the normal range?*, Am J Obstet Gynecol 2006
17. World Health Organization, *Care in Normal Birth: a practical guide*, Geneva 1996
18. WHO recommendations: *Intrapartum care for a positive childbirth experience*, Geneva 2018

# COLESTASI GRAVIDICA

## Studio osservazionale in un singolo centro.

## Outcomes a breve e lungo termine

A single centre observational study on intrahepatic cholestasis of pregnancy: short and long term outcomes



**Autrice**

**Maria Francesca Di Pasquale**  
Ostetrica libera professionista,  
Università degli Studi di Messina  
mariafrancescadipasquale@gmail.com

### Introduzione

La colestasi gravidica è il più frequente dei disturbi epatici specifici della gravidanza, caratterizzata da prurito materno e dal riscontro biochimico di elevati livelli sierici di acidi biliari, associati spesso alla presenza di altri segni di disfunzione epatica. Circa una gestante su 160 (meno dell'1%) manifesta questa patologia, che si instaura frequentemente durante il secondo-terzo trimestre di gravidanza con una rapida risoluzione dei sintomi clinici e delle alterazioni biochimiche nel *post partum*. La corretta eziologia della ICP è ancora sconosciuta, tuttavia è

collegata al ruolo degli ormoni Estrogeni e Progesterone, che di fatti spiegano come nel *post partum* la problematica si risolva. Alcuni studi, inoltre, hanno dimostrato la correlazione tra ICP e la presenza di mutazioni genetiche dei trasportatori biliari coinvolti nei normali meccanismi di escrezione biliare o polimorfismi del Recettore Farnesoide X (FXR) coinvolto nell'omeostasi degli acidi biliari. A supporto del ruolo dei fattori ambientali nell'insorgenza della colestasi gravidica, studi epidemiologici hanno riportato un'aumentata prevalenza di questa condizione nei mesi invernali; ciò potrebbe collegarsi a una riduzione dei livelli materni di vitamina D e a una riduzione dell'introito con la dieta di selenio.

Secondo diversi studi, la concentrazione di acidi biliari tende moderatamente ad aumentare nel corso della gestazione. La conoscenza delle variazioni di questi indici di funzionalità epatica durante la gravidanza è essenziale per il riconoscimento e lo studio della patologia epatica in gravidanza.

### RIASSUNTO

La colestasi gravidica (ICP) è un disordine epatico esclusivamente limitato al periodo gravidico, caratterizzato da prurito materno, elevati livelli di acidi biliari ed enzimi. I rischi maggiori associati alla colestasi in gravidanza sono rappresentati da morte fetale in utero e da parto pretermine. L'obiettivo dello studio è osservare gli *outcomes* materno-fetali in relazione al *range* di acidi biliari. Se il *range* di acidi biliari si mantiene al di sotto di 100 micromol/L i casi ICP sono lievi/moderati. È importante, pertanto, offrire alla gravida affetta da colestasi gravidica un approccio diagnostico-terapeutico corretto e tempestivo.

#### Parole chiave

Colestasi gravidica, acidi biliari, prurito, *outcomes*, ostetrica.

### ABSTRACT

Intrahepatic cholestasis (IC) is the most frequent liver disorder in pregnancy. About 1 pregnant of 160 (<1%) contract this illness characterized by maternal pruritus, elevated bile acid and enzymes levels. Most of the ICP risk are preterm delivery and fetal death in uterus. The purpose was to analyze maternal and fetal outcomes depend on BA lever. If BA liver is <100 micromol/l ICP cases are "mild" or moderate. It's necessary, therefore, to offer a timely and correct diagnostic and therapeutic approach to ICP.

#### Keywords

Intrahepatic cholestasis of pregnancy, bile acide, itching, *outcomes*, midwife.

## Management ostetrico e ruolo dell'ostetrica nell'ICP

Il fine di un'adeguata assistenza perinatale è quello di assicurare la salute materna e del bambino con il minor carico di cura compatibile con la sicurezza.

Negli ultimi decenni l'uso e l'abuso della tecnologia nella salute della madre e del bambino connotano la crescente tendenza a una medicalizzazione della gravidanza, della nascita e del periodo post-parto che caratterizza le nazioni industrializzate. Un percorso che valorizzi la naturalità dovrà sempre garantire i requisiti di sicurezza nel rispetto delle evidenze scientifiche esistenti in materia.

La definizione delle caratteristiche della gravidanza (a basso rischio, a rischio) permette di collocare la tipologia di assistenza all'interno dei servizi appropriati ed è un utile strumento di comunicazione tra gli operatori, ma deve essere utilizzato nella consapevolezza che il concetto di rischio è di tipo "dinamico".

Essendo la colestasi gravidica una patologia che si instaura frequentemente nel secondo-terzo trimestre di gravidanza, è usuale classificare questo tipo di gravidanze come gravidanza a basso rischio durante il primo trimestre, evolvendosi poi in gravidanza a rischio.

Tra l'altro nelle linee guida della gravidanza, il POMI e l'OMS hanno da sempre sottolineato l'importanza di una prima visita ostetrica entro la 10° settimana di gravidanza, con una prima classificazione di rischio della suddetta gravidanza.

Il concetto di "presa in carico secondo il grado di rischio" fu, appunto, sviluppato e perfezionato dall'OMS, suddividendo l'assistenza in: assistenza prenatale di base, assistenza addizionale (quando le complicanze sono moderate) e assistenza specialistica ostetrica e neonatale (quando le complicanze sono severe).

L'ostetrica è la figura competente alla presa in carico di tutto il processo assistenziale della donna in gravidanza, del parto, del puerperio normali, del neonato sano. Per quanto concerne lo specifico professionale, il DM 740/1994 e le Leggi 42/1999 e 251/2000 individuano le attività e i compiti propri



della professione che scaturiscono da obiettivi formativi specifici, quali:

- gestione autonoma della fisiologia materno-fetale e neonatale;
- capacità di riconoscere situazioni potenzialmente patologiche;
- capacità di collaborare in équipe;
- capacità di intraprendere le misure e i provvedimenti di emergenza in attesa del medico.

Quindi l'ostetrica è la figura professionale più indicata all'applicazione del profilo assistenziale della gravidanza a basso rischio; nei casi che potrebbero richiedere l'assistenza addizionale e/o specializzata l'ostetrica deve ri-



chiedere la consulenza del ginecologo. Qualora, quindi, in una gravidanza seguita dall'ostetrica si presentasse una modifica del grado di rischio è necessario richiedere la consulenza del ginecologo e/o altri specialisti. Sul territorio, per una maggiore implementazione del POMI e del Percorso Nascita, l'ostetrica invierà la donna presso l'ambulatorio della gravidanza a rischio. Nel caso specifico della ICP il ruolo dell'ostetrica sarà quello di monitorare il benessere materno e fetale ed eventualmente diagnosticare tutti i segni e sintomi che sottolineano un peggioramento della patologia.

Per quanto concerne il monitoraggio del benessere materno, l'ostetrica si occuperà di monitorare i parametri vitali, seguire il decorso della patologia e comunicare precocemente eventuali esacerbazioni dei disturbi al medico ginecologo. Si vuole sottolineare l'importanza del monitoraggio cardiocografico, data, appunto, l'alta percentuale di riscontro di anomalie del CTG in pazienti affette da ICP. Per ciò che concerne il *management* del parto e del *post partum*, questi rimangono invariati rispetto a una gravidanza a basso rischio.

Anche il *management* dell'allattamento al seno non subisce variazioni in caso di paziente con ICP: l'ostetrica incoraggerà l'allattamento esclusivo al seno, secondo le disposizioni OMS/UNICEF.

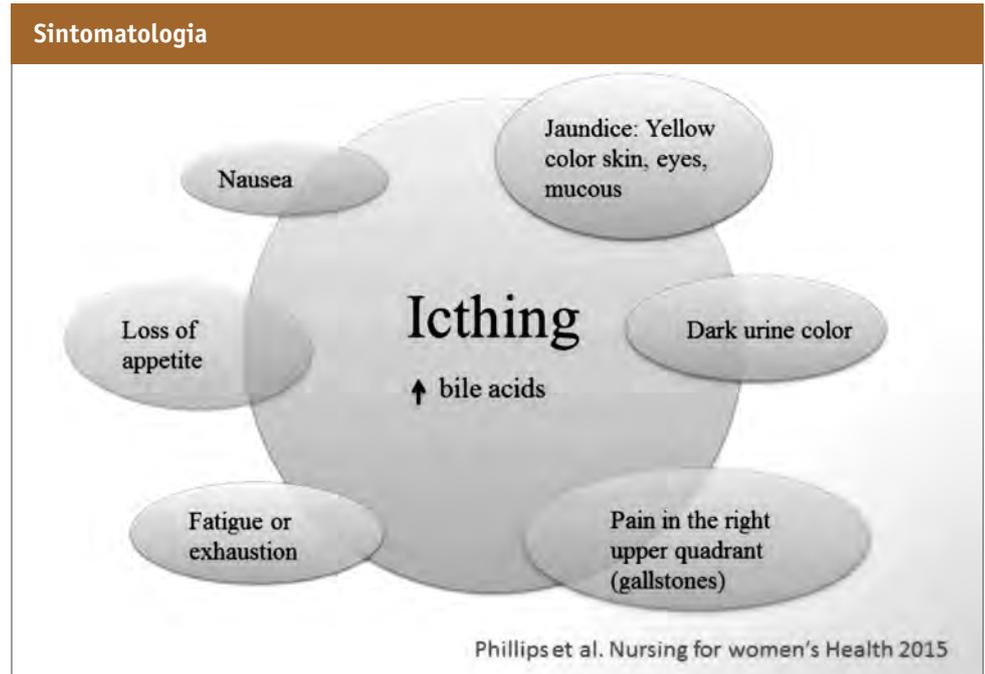
## Scopo dello studio

L'obiettivo primario del nostro studio è stato quello di determinare l'incidenza e gli *outcomes* a breve e a lungo termine della colestasi gravidica.

## Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio osservazionale, retrospettivo, di Coorte, presso l'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia dell'A.O.U. "G. Martino" di Messina, nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2010 e il 31 dicembre 2016. Sono state incluse tutte le gravide ricoverate nel periodo di studio con diagnosi di ICP (prurito, elevati livelli di transaminasi e acidi biliari alti).

Come protocollo standard, tutte le pazienti al momento del ricovero hanno firmato un consenso informato per la raccolta dei dati a scopo di ricerca. Lo studio è stato



approvato dal Comitato Etico Locale ed è stato scritto seguendo le linee guida degli studi osservazionali (STROBE). Tutti i dati sono stati raccolti dalle cartelle cliniche delle gravide che rispettavano i criteri di inclusione e che, durante il periodo di studio, hanno partorito presso il nostro nosocomio. Sono state escluse le gravide affette da prurito non associato ad aumento di acidi biliari sierici e delle transaminasi, le gravidanze interrotte prima della 24° settimana e tutte le gravide che non rientravano nei criteri di inclusione.

Nel campione di studio, sono stati raccolti i seguenti dati anamnestici-ostetrici:

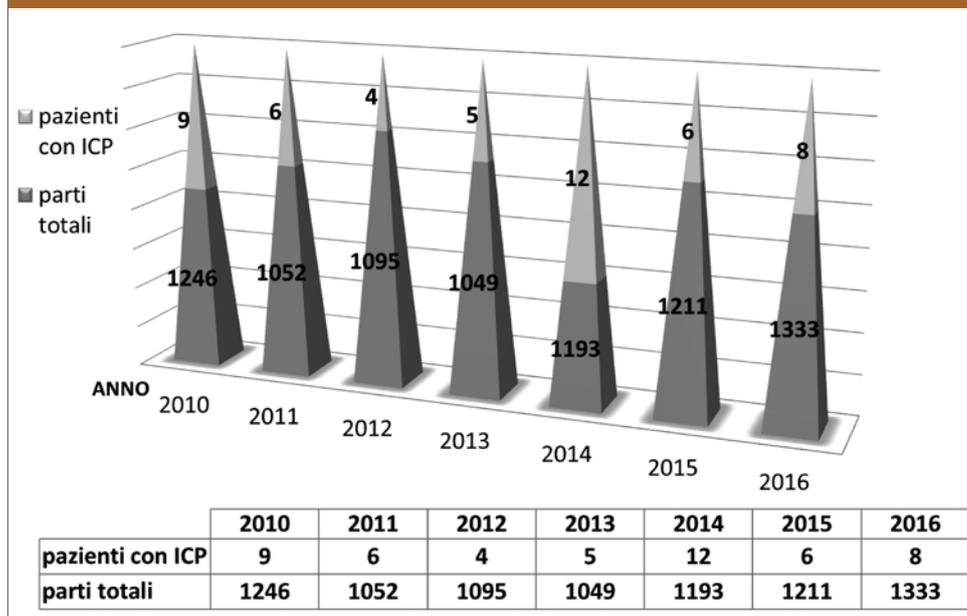
- dati di anamnesi personale;
- dati di anamnesi familiare;
- dati di anamnesi ostetrica;
- dati neonatali.

Sono stati raccolti anche i dati relativi ai seguenti esami di laboratorio: emocromo, coagulazione (piastrine, PT, PTT, fibrinogeno), esami ematochimici di *routine* e indici di funzionalità epatica (fosfatasi alcalina, GOT, GPT,  $\gamma$ GT, bilirubina diretta, bilirubina indiretta, acidi biliari). Infine, sono stati presi in considerazione anche dati relativi a *marker* di HIV, Epatiti, VDRL.

Sono stati successivamente raccolti i dati di un gruppo di donne con gravidanza fisiologica e caratteristiche simili al gruppo di studio, che hanno partorito nello stesso periodo, in modo da costituire un campione omogeneo come gruppo di controllo.

Tutte le pazienti con ICP incluse nello studio, di cui è stato recuperato il contatto telefonico, sono state ricontattate ed è stata proposta loro una rivalutazione clinica presso l'ambulatorio di Epatologia dell'U.O.C. di Epatologia Clinica e Biomolecolare per essere sottoposte a una visita specialistica, a una ecografia epatica e ad un esame elastografico del fegato, al fine di verificare nell'*outcome* a lungo termine la presenza o meno di una epatopatia evolutiva.

### Incidenza ICP, UOC Ostetricia e ginecologia, Policlinico G. Martino di Messina



## Risultati

Nel periodo di studio compreso tra il 2010 e il 2016, 8.179 pazienti hanno partorito presso l'UOC di Ginecologia e Ostetricia.

Cinquanta pazienti sono state ricoverate con diagnosi di ICP. Nelle pazienti affette da ICP, nei seguenti parametri sono risultati livelli maggiori: età, GOT e GPT. Inoltre, si è riscontrato un peso significativamente inferiore nei neonati da madri con colestasi.

Si è evidenziata una diminuzione significativa, dopo la terapia con acido ursodesossilico, dei seguenti valori: GOT, GPT e fibrinogeno.

Tiroidite di Hashimoto e Trombofilia sono maggiormente presenti nelle donne con ICP. Il 20% delle pazienti con colestasi ha partorito con TC, nel 6% dei casi per una anomalia cardiocografica.

Si è riscontrato un aumento significativo dei parti pretermine, tra la 32-36.6 settimane nelle pazienti affette da colestasi, di cui il 70% è stato espletato con taglio cesareo. È stato, altresì, riscontrato che le gravide con ICP andavano incontro più frequentemente a ipertensione gestazionale. Avendo ottenuto una significatività abbastanza alta in tale associazione rispetto alle altre variabili categoriche, si è voluto calcolare anche l'*odds ratio*, ovvero una misura del rischio di andare incontro a ipertensione per una paziente affetta da colestasi, che è risultato pari a 10,250. Possiamo quindi affermare che una donna con colestasi ha un rischio 10 volte maggiore, rispetto a una senza colestasi, di sviluppare una ipertensione gestazionale.

Solo due pazienti, il 4%, hanno riferito un episodio di colestasi nella precedente gravidanza.

Per quanto riguarda l'*outcome* neonatale, nonostante la maggior tendenza al parto pretermine, non sono stati riscontrati casi di trasferimento in TIN dei neonati prematuri, né altre anomalie da segnalare. Questo potrebbe

essere spiegato probabilmente perché non ci sono stati casi di "very early preterm".

In tutte le donne il puerperio si è svolto regolarmente, tranne in un caso in cui si è verificata una sindrome HELLP in una gravida affetta da ipertensione gestazionale.

In atto solo 7 persone sono state contattate e si sono presentate ai controlli a lungo termine presso l'ambulatorio di Epatologia dell'AOU di Messina, con un *follow up* che varia da 7 anni a 2 anni.

Nessuna delle pazienti reclutate presentava familiarità per colestasi.

## Discussione

Nonostante la colestasi gravidica abbia una evoluzione pressoché benigna, molti studi clinici hanno evidenziato la sua forte associazione con un *outcome* sfavorevole sia materno sia fetale.

È stata ipotizzata un'azione tossica degli acidi biliari circolanti o dei loro metaboliti sulla circolazione materno-fetale, tale da indurre attraverso un meccanismo eziopatogenetico non ancora meglio precisato, un danno diretto a livello placentare. Questo potrebbe spiegare il risultato di recenti studi clinici che hanno descritto una forte associazione tra colestasi gravidica e l'insorgenza di pre-eclampsia e diabete gestazionale, due tra le principali complicanze ostetriche. In particolare, da uno studio di Martineau del 2014, è stato evidenziato che gli acidi biliari sierici, in aggiunta ai loro ruoli ben definiti nell'assorbimento dei lipidi nella dieta e nell'omeostasi del colesterolo, agiscono anche nell'omeostasi del glucosio attraverso l'attivazione di specifici recettori cellulari.

Dai nostri dati è riportata solo una significativa associazione con l'ipertensione. La ICP, inoltre, può determinare un aumentato rischio di emorragia nel *post partum* (20%) e una atonia uterina. Non ci sono stati fortunatamente casi di tali complicanze nel nostro campione di studio.

Alcuni studi recenti hanno evidenziato anche complicazioni a lungo termine di tale patologia, ossia un rischio molto più elevato di sviluppare il carcinoma epatico e delle vie biliari, come una più elevata frequenza di colitiasi, patologie tiroidee, psoriasi, morbo di Crohn e patologie cardiovascolari. Nessuna delle pazienti del nostro studio (sebbene ancora poche), in cui è stato effettuato un *follow up* a lungo termine *post ICP*, ha presentato un risentimento a livello epatico residuo o alterazione dei valori biochimici.

Due tra i più grandi studi prospettici di coorte in letteratura hanno dimostrato che l'elevata concentrazione di acidi biliari nel siero materno ( $\geq 40 \mu\text{mol/L}$ ) è associata con un aumentato tasso di incidenza di complicanze fetali-neonatali quali il parto pretermine, la presenza di liquido amniotico tinto di meconio, un basso score di APGAR, una ipossia fetale e, in alcuni casi, la morte endouterina e/o neonatale.

Anche nel nostro campione di studio è stato evidenziato un aumento significativo dei parti pretermine nelle pazienti affette da colestasi. Fortunatamente, non vi sono stati casi di neonati "very early preterm"; pertanto gli outcome degli stessi sono stati favorevoli e l'Apgar sempre nella norma.

Studi *in vitro* hanno dimostrato che elevati livelli di acidi biliari sarebbero in grado di causare delle alterazioni più o meno marcate a livello dei cardiomiociti fetali, con conseguenti alterazioni cardiache quali un'aritmia fetale, considerata la possibile causa di morte endouterina.

Infine, un'ulteriore teoria eziopatogenetica suggerirebbe un possibile coinvolgimento degli acidi biliari nella funzione respiratoria fetale.

Elevati livelli di acidi biliari sono stati trovati nel liquido ottenuto dal lavaggio broncoalveolare dei neonati nati da donne che avevano avuto una ICP durante la gravidanza, condizione non riscontrata nei neonati nati da gravidanze fisiologiche. Studi *in vitro* hanno evidenziato, inoltre, come gli acidi biliari sarebbero in grado di ridurre il surfactante a livello alveolare, con conseguenti ripercussioni sulla funzionalità respiratoria fetale/neonatale.

## Conclusioni

Siamo giunti quindi alla conclusione che (in accordo con la letteratura) l'ICP si può considerare lieve se i livelli di acidi biliari sono compresi tra 10 e 39  $\mu\text{mol/L}$ ; moderata se compresi tra 40 e 90  $\mu\text{mol/L}$ ; severa se sono maggiori a 100  $\mu\text{mol/L}$ . È importante, pertanto, offrire alla gravida affetta da colestasi gravidica un approccio diagnostico-terapeutico corretto e tempestivo. Sarebbe auspicabile riuscire anche a individuare biomarcatori predittivi che permettano di intraprendere, già a partire dai primi mesi di gravidanza, cure ostetriche mirate alle donne a rischio di sviluppare ICP e, inoltre, migliorare i test diagnostici per individuare quando il prurito, in gravidanza, è correlato alla insorgenza di colestasi gravidica, identificandone i *range* di riferimento. Tutto ciò permetterebbe di ottimizzare i tempi di diagnosi e trattamento, al fine di ridurre gli eventi avversi materno-fetali e prevenirne le complicanze a lungo termine.

## Bibliografia

- Ovadia C., Williamson C. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: recent advances. *Clinics in Dermatology* 2016. 34, 327-334
- Linee guida Royal college of Obstetrician and Gynecol., 2006
- Bull LN., Hu D., Shan S. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy (ICP) in U.S. Latinas and Chileans: clinical features, ancestry analysis, and admixture mapping. *PLoS one*. 2015;10
- Joshi D, James A, Quaglia A et al. Liver disease in pregnancy. *Lancet* 2010;375: 594-605)
- Arrese M, Reyes H. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: a past and present riddle. *Ann Hepatol* 2006; 5:202-5
- Qi HB, Shao Y, Wu WX et al. Grading of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2004; 39:14-7
- Nichols AA., Cholestasis of pregnancy : a review of the evidence. *J.Perinat Neonatal Nurs* 2005;19:217-25
- Williamson C, Hems LM. et al. Clinical outcomes in a series of cases of obstetric cholestasis identified via a patient support group. *Br J Obstet Gynaecol.* 2004; 111:676-681
- Dixon PH. Wadsworth CA. et al. A comprehensive analysis of common genetic variation around six candidate loci for intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Am J Gastroenterol* 2014; 109:76-84
- Kenyon AP, Tribe RM et al. Pruritus in pregnancy: A study of anatomical distribution and prevalence in relation to the development of obstetric cholestasis. *Obstet Med.* 2010; 3:25-29
- Shemer EW, Marchall HU. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated adverse pregnancy and fetal outcomes: a 12-year population-based cohort study. *BJOG-RCOG International Journal of Obstetrics and Gynecology* 2013
- Paternoster DM., Fabris F. et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002; 81:99-103
- Reyes H., Radrigan ME. et al. Steatorrhea in patients with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Gastroenterology.* 1987,93:584-590
- Chappel LC., Gurung V. et al. Ursodeoxycholic acid versus placebo, and early term delivery versus expectant management, in woman with intrahepatic cholestasis of pregnancy: Semifactorial randomized clinical trial. *BMJ* 2012;344
- Bacq Y., Reyes HB. et al. Efficacy of Ursodeoxycholic Acid in Treating Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A meta-analysis
- Geenes V, Chappel LC et al. "Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population based-case-control study *Hepatology.* 2014 April; 59(4); 1482-91. Epub 2014 feb 26
- Lazardis KN., Gores GJ. et al. Ursodeoxycholic acid mechanisms of action and clinical use in hepatobiliary disorders. *J. Hepatol.*2001;35:134-146
- Protocollo operativo per la gestione della grav. A rischio, Colestasi Gravidica, Azienda USL 3 Pistoia. Rev 1: 18/06/2012. Green-top Guideline No.43 RCOG April 2011 Obstetric Cholestasis
- Williamson C, Geenes V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2014; 124:120-33



## 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**