

RELAZIONE CONVEGNO

Il Ministero della Sanità ha introdotto, nel piano sanitario nazionale 1998-2000, il Progetto Obiettivo Materno Infantile, (POMI) come tematica di importante rilevanza strategica. L'istituto superiore di sanità ha avuto il compito di aiutare le Aziende sanitarie Locali ad implementare le raccomandazioni del POMI nel proprio territorio.

Nell'ambito di questo progetto, nel 2008-2009 e nel 2010-2011, sono state condotte due indagini nazionali che hanno coinvolto 25 ASL italiane, tra cui la ASL di Bari, per valutare lo stato del percorso nascita e gli effetti di uno speciale programma di implementazione di quanto raccomandato dal POMI.

Contemporaneamente la conferenza Stato-regioni il 16 dicembre 2010 decide di dare priorità di applicazione dei programmi strategici del POMI al percorso nascita con conseguente costituzione del comitato nazionale del percorso nascita e invito alle regioni di istituire analoghi comitati regionali e aziendali.

Sulla base dei risultati ottenuti, riportati nel Rapporto ISTISAN 12/39, la direzione sanitaria della ASL di Bari, nel 2013, ha promosso un programma di aggiornamento professionale delle equipe consultoriali sull'offerta attiva, sulla conduzione dei corsi di accompagnamento alla nascita e sulle visite in puerperio.

Nel 2014, il collegio interprovinciale delle ostetriche Bari/BAT, ha offerto alla direzione sanitaria della ASL di farsi carico totalmente della conduzione di questa indagine per valutare

Da un lato le conoscenze, attitudini, comportamenti e giudizi delle donne rispetto ai servizi utilizzati in gravidanza, parto e puerperio, dall'altro valutare i modelli assistenziali nell'ambito del percorso nascita tramite la stima di indicatori di processo, risultato e esito con i fattori associati.

[Indicatori di processo indicano quante persone sono state coinvolte nelle attività che tu hai programmato di svolgere;

L' indicatore di risultato ti dice quante persone hanno aderito positivamente a queste attività;

Indicatori di esito indicano come si sono modificati gli indicatori di salute.]

La popolazione oggetto dell'indagine è rappresentata da tutte le donne che hanno partorito consecutivamente nell'arco di 45 giorni a partire dal 01/09/2014 al 15/10/2014 che non avessero seri problemi di salute per loro o per i loro figli e comprendessero l'italiano.

Le intervistatrici, 8 ostetriche, sono state addestrate alla somministrazione dei questionari face to face al momento del parto e mediante intervista telefonica a tre e a 6 mesi dal parto, concludendo l'indagine ad aprile 2015.

Hanno partecipato all'indagine tutti i punti nascita appartenenti alla Asl di Bari, con l'esclusione di due strutture che non hanno aderito.

Nei giorni selezionati per la somministrazione dei questionari sono state intervistate 874 di 957 puerpere eleggibili presenti in degenza, con accettazione e rispondenza del 91%. Possiamo considerare l'indagine un'indagine population based e data la numerosità del campione, altamente rappresentativa.

Pur essendo mancanti due centri nascita e tenendo conto che non è ragionevole pensare che un numero significativo di donne residenti a Bari vada a partorire altrove, possiamo considerare questa indagine population based, quindi il campione è rappresentativo della popolazione.

Il tasso di rispondenza del 91% rappresenta una garanzia che le stime che andremo a fare siano stime accurate. La dimensione del campione garantisce anche un'alta precisione delle stime stesse.

Dall'analisi dei dati socio-demografici è emerso che il campione di donne intervistate (N= 874) è risultato per il 68% di età superiore ai 30 anni, il 74% possiede un titolo di studio uguale o inferiore al diploma di scuola media superiore e il 26% almeno la laurea triennale. Infine il 65% risulta essere professionalmente occupata.

La maggior parte delle donne ha dichiarato di essere coniugata (81.3%), poco più della metà del campione risulta essere alla prima gravidanza (52%) e il 96% è di nazionalità italiana.

ASSISTENZA IN GRAVIDANZA

In merito all'assistenza nei 9 mesi di gestazione, la linea guida sulla gravidanza fisiologica raccomanda un modello assistenziale basato sulla presa in carico della donna in gravidanza da parte dell'ostetrica o di un *team* di ostetriche, integrato da una rete multidisciplinare di professionisti da coinvolgere quando appropriato. Alla base di questo modello assistenziale vi è la considerazione della gravidanza e del parto come eventi non patologici e il riconoscimento della competenza della donna a partorire anche in assenza di interventi medici di routine.

Questo modello di assistenza viene confermato anche dalle LG Nice che sostengono inoltre che laddove il modello medico sia offerto di routine, non si associa a migliori esiti perinatali.

Il 94% delle intervistate ha dichiarato di essere stata assistita dal ginecologo durante il periodo di gestazione; solo il 6%, invece, è stato seguito da un'ostetrica o dal consultorio familiare. Si noti come ¼ di queste ultime sia costituito da donne straniere.

E' stato chiesto poi alle donne a quale settimana di gestazione avessero eseguito la prima visita. Le LG sulla gravidanza fisiologica affermano che *«La prima visita dovrebbe avvenire idealmente entro le 10 settimane. La necessità di un incontro precoce in gravidanza è motivata dal fatto che nel corso della prima visita la donna può chiedere – e in ogni caso le devono essere offerte – numerose informazioni.*

Per poter esercitare una scelta informata, alla donna può essere necessario del tempo per riflettere, maturare nuove domande e presentarsi a un successivo appuntamento con la o il professionista che l'assiste.»

Come vedrete nei dati abbiamo inserito anche un altro indicatore ovvero la percentuale di donne che hanno effettuato la prima visita dopo le 12 settimane in quanto indicatore internazionale di potenziale sub assistenza.

(dovrebbe avvenire idealmente entro la 10^a settimana, di modo da consentire alla donna o meglio alla coppia di chiedere numerose informazioni, avere il tempo necessario per rifletterci su, eventualmente maturare nuove domande per poter compiere scelte consapevoli).

I dati mostrano come il 94% delle intervistate abbia effettuato la prima visita entro la 10^a settimana di gestazione come raccomandato dalle LG.

Il 2% della popolazione campione ha dichiarato di aver effettuato la prima visita dopo la 12^a settimana di gestazione; ben il 9% di queste sono donne straniere e sono cioè quelle esposte ad un rischio maggiore di scarsa assistenza.

ECOGRAFIE IN GRAVIDANZA

Le ecografie raccomandate in gravidanza sono essenzialmente due: una nel *primo trimestre* (entro 12+6 settimane), per la determinazione dell'*epoca gestazionale*, nei casi di incertezza, e per verificare se si tratta di una gravidanza gemellare e una nel *secondo trimestre* (fra la 19ima e la 21ima settimana), per la *diagnosi di anomalie fetali strutturali*; Per quanto riguarda l'ecografia del *terzo trimestre*, le linee guida sostengono che deve essere offerta nel corso della 32ima settimana solo alle donne nelle quali un precedente esame ha rilevato una placenta che ricopre in tutto o in parte l'orifizio uterino interno.

Come potete vedere le stesse raccomandazioni sono riportate nel 2008 nelle linee guida NICE (Antenatal care for uncomplicated pregnancies) in particolare quest'ultima dice che l'ecografia dopo le 24 settimane non deve essere offerta di routine. Vengono confermate dalle più recenti linee guida SIEOG (Società Italiana Ecografia Ostetrico Ginecologica) del 2015 e dai Nuovi LEA (2017), in cui il Sistema Sanitario Nazionale, esclude la gestante dalla partecipazione, per l'ecografie del primo e del secondo trimestre, e per quella del terzo trimestre solo in caso di patologia fetale e/o annessiale o materna.

Alla luce di ciò, abbiamo chiesto alle donne quante ecografie avessero eseguito durante la gravidanza: dall'elaborazione dei dati è emerso che delle 874 intervistate, il 4% ha dichiarato di non ricordare il numero di ecografie eseguite, solo il **7%** di aver eseguito meno di 4 ecografie e ben il **93%** ne ha eseguite più di 4. Sebbene non rispecchi quanto previsto dalle Linee guida, il cut-off preso in considerazione (numero di ecografie maggiore o minore di 4), ci ha permesso di valutare con maggior accuratezza l'eccesso di ecografie rispetto alla necessità. I dati rilevati evidenziano il fenomeno della medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza.

Sono stati poi valutati i fattori che potrebbero aver inciso sul numero di ecografie: tipo di assistenza, parità, cittadinanza, età, eventuali problemi in gravidanza.

Per quanto riguarda il tipo di assistenza, hanno effettuato meno di 4 ecografie il 6% delle donne seguite dal ginecologo (privato/pubblico) e il **33%** delle donne seguite del consultorio familiare o dall'ostetrica. Possiamo affermare quindi che le donne seguite dal Consultorio /ostetrica hanno una possibilità maggiore di eseguire meno di 4 ecografie, rispetto alle donne seguite dal ginecologo.

Se analizziamo la variabile parità, distinguendo tra le primipare (donne alla prima gravidanza) e pluripare (donne con 1 o più gravidanze precedenti), notiamo che il 10% di quest'ultime ha effettuato meno di 4 ecografie, contro il 5% delle primipare.

Considerando la cittadinanza, e distinguendo in maniera generica le donne italiane da quelle straniere, possiamo dire che le donne straniere effettuano meno ecografie, rispetto alle italiane.

Per quanto riguarda l'età, è emerso che non esiste una effettiva associazione di questa variabile con il numero di ecografie effettuate

Infine, suddividendo le donne in donne con nessun problema in gravidanza, donne con problemi di lieve e donne con problemi di grave entità, abbiamo notato che non vi è una particolare differenza rispetto al numero di ecografie eseguite, quindi possiamo affermare che l'aver avuto una gravidanza fisiologica o no, non è correlato ad una possibilità di effettuare meno o più ecografie.

PROBLEMI IN GRAVIDANZA

Per quanto riguarda il decorso della gravidanza, l'85% delle donne intervistate ha dichiarato di aver avuto una gravidanza fisiologica: questo dato è in contraddizione con quello relativo all'assistenza ricevuta, mettendo in evidenza l'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita.

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) considera il percorso nascita un momento strategico di intervento per le innumerevoli possibilità che offre per promuovere lo stato di salute. Questo perchè in questa fase della loro vita i futuri genitori mostrano una maggiore disponibilità nel riflettere sul loro stile di vita e di metterli in discussione se non raccomandati al fine di garantire il successo della gravidanza. All'interno del percorso nascita, il CAN si configura come momento centrale.

A sostegno dell'importanza dei CAN, la linea guida sulla gravidanza fisiologica aggiornata nel 2011 raccomanda che "Alle donne in gravidanza deve essere offerta la possibilità di seguire corsi di accompagnamento alla nascita, organizzati con modalità che consentano l'interazione tra le partecipanti e i conduttori dei corsi. Le donne chiedono e devono ricevere informazioni su gravidanza, modalità di parto, allattamento al seno, cura del bambino, genitorialità", in accordo con quanto sostenuto dalla linea guida del Nice del 2008 "Antenatal Care for Uncomplicated pregnancies" la quale raccomanda inoltre che alle donne in gravidanza deve essere offerta l'opportunità di partecipare ai CAN e di ricevere informazioni scritte sulla assistenza prenatale. Diversi studi scientifici nel corso degli anni hanno dimostrato l'efficacia del CAN nel:

- Promuovere lo stato di salute, favorendo il miglioramento degli stili di vita della popolazione e l'abbandono delle cattive abitudini come ad esempio aiutare le donne a smettere di fumare;
- Diminuire il rischio di taglio cesareo o di ripeterlo, aumentando la possibilità di un parto naturale;
- Diminuire l'uso di farmaci per il controllo del dolore, preferendo utilizzare altre strategie (movimento, massaggi, sostegno emotivo, voce, musicoterapia, ipnosi, rilassamento, acqua);
- Promuovere l'allattamento al seno e nell'incrementarne il tasso di inizio;
- Promuovere la procreazione responsabile e quindi una buona contraccezione nel dopo parto anche per la promozione della salute sessuale;
- Promuovere ed incoraggiare comportamenti per la prevenzione delle patologie ;

Cioè in definitiva è un'occasione fondamentale per promuovere l'empowerment, ovvero la capacità di controllo autonomo sul proprio stato di salute come recita la carta di Ottawa del 1986.

Abbiamo quindi chiesto alle donne intervistate se avevano partecipato ad un CAN durante la gravidanza.

Dai dati raccolti è emerso che solo il 26.7 % delle donne intervistate ha partecipato ad un CAN durante la gravidanza attuale e la maggior parte (68.2%) lo ha frequentato presso il consultorio familiare.

Questa percentuale risulta essere nettamente inferiore rispetto a quella attesa. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità infatti il livello minimo ottimale da raggiungere è l'80%.

Le primipare che hanno partecipato al CAN rappresentano circa il 46,7%.

Tra le donne che non hanno partecipato al CAN, il 17.3% ha dichiarato di averlo frequentato nel corso di una gravidanza precedente, il 16.6% non lo ha frequentato perché non lo ritiene utile e il 14.8% per mancanza di tempo.

Dall'analisi multivariata dei fattori associati alla partecipazione delle donne al CAN nell'attuale gravidanza è emerso che le donne che partecipano maggiormente ai corsi sono quelle che lavorano e/o sono in possesso di una laurea o di un titolo di studio superiore.

Ciò ci permette quindi di comprendere come il lavoro aumenti i livelli di socialità e il senso di autonomia e come l'istruzione favorisca nei soggetti la propensione a voler accrescere quelle che sono le proprie capacità per poter agire con più consapevolezza.

Per quanto riguarda l'età anagrafica, le donne con un'età maggiore o uguale ai 30anni hanno il 50% di probabilità in più di frequentare il CAN mentre il tipo di assistenza ricevuta in gravidanza non risulta essere statisticamente significativo.

Indagando su quale sia stata la fonte di informazione principale dell'esistenza dei CAN, è emerso che per le donne intervistate e che lo hanno frequentato, è stata l'ambito amicale/familiare (54.9%).

Se ne deduce quindi che sebbene da un lato l'offerta da parte dei servizi territoriali sia piuttosto scarsa, dall'altro l'esperienza del CAN viene vissuta in maniera molto positiva dalle donne che lo frequentano e ciò è dimostrato dal fatto che ben il 74,2% di loro ha partecipato a più del 70% degli incontri previsti e inoltre facendo riferimento ai dati ottenuti dalle indagini condotte dall'Istituto Superiore di Sanità, ben il 95% delle donne che partecipa ai CAN ha dichiarato che lo consiglierebbe alle amiche/parenti.

Facendo un confronto tra i dati ottenuti con quelli delle indagini condotte dall'Istituto Superiore di Sanità del 2010-11 sebbene si noti un aumento della percentuale delle donne che hanno partecipato al CAN nell'attuale gravidanza il dato ci conferma che c'è ancora molto da fare in termini di offerta attiva da parte dei servizi territoriali affinché si possa raggiungere il livello minimo dell'80%, cercando di indirizzare l'offerta soprattutto nei confronti delle donne meno istruite e disoccupate.

ACIDO FOLICO

Il valore protettivo dell'acido folico rispetto al rischio dei difetti congeniti, in particolare a carico del tubo neurale, come spina bifida o anencefalia, è ampiamente documentato.

Poiché la chiusura del tubo neurale avviene fra il 17simo e il 29simo giorno dal concepimento, quando cioè la donna non ha ancora accertato la sua nuova gravidanza, si dovrebbe assumere l'acido folico a partire almeno da un mese prima del concepimento e continuare per tutto il primo

trimestre di gravidanza. È pertanto opportuno raccomandare alle donne che programmano una gravidanza o che non ne escludono la possibilità, di assumere regolarmente almeno 0,4 mg di acido folico per ridurre il rischio di difetti congeniti.

Dai dati ottenuti, solo il 18% delle puerpere ha dichiarato di aver assunto l'acido folico nel periodo periconcezionale, mentre il 97% lo ha assunto quando la gravidanza era già in corso. Per cui la percentuale è rimasta pressochè invariata.

La minore assunzione di acido folico tra le donne pluripare merita qualche considerazione. La maggioranza delle donne che hanno più figli, infatti, è probabilmente già venuta in contatto con questa vitamina, considerando che la diffusione delle informazioni, come già sottolineato, è in atto da più di 10 anni. Una possibile interpretazione del risultato ottenuto è che, anche se l'acido folico viene prescritto in gravidanza, non venga contestualmente data una corretta informazione sulla sua utilità e sulle corrette modalità di assunzione alle donne che non escludono una eventuale successiva gravidanza.

D'altra parte è possibile che le donne senza figli, più giovani, abbiano una maggiore predisposizione alla ricerca autonoma di informazioni anche attraverso l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche. Questo è dimostrato dal fatto che il 61% delle donne ha ottenuto l'informazione sul periodo corretto di assunzione tramite internet.

FUMO

Per quanto concerne il fumo in gravidanza, numerosi studi hanno dimostrato che il fumo materno risulta associato a un aumentato rischio di mortalità perinatale, parto prematuro, basso peso alla nascita, rottura prematura delle membrane, aborto spontaneo, ecc.

Pertanto, come raccomandano le LG:

- Al primo contatto con la donna i professionisti devono accertare se fuma e, in caso positivo, discutere la sua condizione di fumatrice e offrirle informazioni circa i rischi per il nascituro associati al fumo compreso quello passivo, enfatizzando i benefici che derivano dalla scelta di smettere di fumare.
- Il professionista della salute deve rispondere alle domande della donna e del partner circa la possibilità di smettere di fumare e deve offrire informazioni personalizzate, consigli e supporto su come smettere di fumare per tutto il periodo della gravidanza e oltre.
- Le donne che non ritengono di essere in grado di cessare completamente l'abitudine al fumo devono essere incoraggiate a ridurre il numero di sigarette e, più in generale, l'esposizione al fumo.

Dall'indagine è emerso che un quarto delle donne fuma prima della gravidanza ma ben l'80% di loro smette di fumare in gravidanza. Questo è un indicatore importante che dimostra come le donne siano consapevoli di come devono modificare il proprio stile di vita per garantire un miglior stato di salute al nascituro.

Le pluripare che hanno allattato al seno per più di 3 mesi fumano prima della gravidanza, meno rispetto alle primipare ma il legame tra fumo e allattamento verrà approfondita meglio in seguito.

TRAVAGLIO-PARTO

La seconda sezione dell'intervista va a valutare i modelli assistenziali proposti ed utilizzati durante il travaglio-parto.

La gravidanza si definisce a termine a partire dalle 37+0 w fino a 42+0 w e proprio in considerazione di questo, vediamo come le linee guida italiane della gravidanza fisiologica aggiornate al 2011, raccomandano di proporre alle donne l'induzione del travaglio tra la 41 e la 42 settimana di gestazione, al fine di ridurre i tassi morbilità e mortalità materno-fetali legati alla prosecuzione della gravidanza stessa. Ancor di più i professionisti che assistono la donna in gravidanza devono rispettare la scelta della donna stessa di non effettuare l'induzione del parto e, da quel momento in poi, condividere con lei le opzioni assistenziali, offrendo un monitoraggio intensivo della gravidanza. Analogamente l'OMS, all'interno delle raccomandazioni relative all'induzione del travaglio, afferma che "L' induzione del parto è raccomandata per le donne con una datazione certa della gravidanza e che abbiano raggiunto le 41 settimane di gestazione. Invece NON RACCOMANDA l'induzione prima delle 41 settimane di gestazione, per quelle donne con gravidanza fisiologica. Riportiamo anche le raccomandazioni NICE del 2008 sull'induzione del parto, all'interno delle quali si ribadisce ancora una volta come l'induzione del travaglio in gravidanza non complicata deve essere proposta alle donne a partire dalla 41w. Altrettanto in accordo troviamo varie società italiane di ostetricia e ginecologia: SIGO , AOGOI, FIGO, AGUI, SLOG.

La seguente tabella mostra i dati relativi alla settimana gestazione in cui è avvenuto il parto. Come è possibile notare la maggior parte delle donne partorisce a termine mentre solo il 8% ha un parto pretermine (<37 w).

Detto ciò, si è valutata la correlazione tra settimana gestazionale e induzione al travaglio. Ricordiamo che stiamo parlando di gravidanze fisiologiche con problemi clinici di lieve o nessuna entità. Il tasso di travagli indotti nella ASL BA è pari al 31%, di questo dato il 22% è rappresentato da induzioni avvenute prima della 40esima settimana.

Successivamente abbiamo chiesto alle donne quale fosse stata la modalità del parto, suddividendolo in: spontaneo, operativo, tc elettivo e tc urgente. Come ogni intervento chirurgico, il taglio cesareo comporta dei rischi a breve e lungo termine con conseguenze anche a distanza di molti anni dal parto. In ITALIA il ricorso al tc è aumentato sempre di più nel corso degli anni, ed infatti, così come riportato all'interno della linea guida nazione relativa al taglio cesareo e pubblicata nel 2016, si è passati dall' 11% del 1980 al 38% del 2008. A livello europeo, l'Italia presenta la più alta percentuale di cesarei, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia. Non sono disponibili prove a sostegno di un'associazione tra il maggiore ricorso alla pratica chirurgica e una riduzione del rischio materno-fetale, né tanto meno di miglioramenti significativi degli esiti perinatali. Al contrario, i dati disponibili riportano una più alta mortalità perinatale nelle regioni meridionali del paese, dove la percentuale di tagli cesarei è più elevata. Basandosi sui dati disponibili e utilizzando metodi accettati a livello internazionale per valutare le evidenze scientifiche con le più appropriate tecniche analitiche, l'OMS conclude che:

I tagli cesarei sono efficaci nel ridurre la mortalità materna e infantile ma solo se eseguiti su stretta indicazione medica.

A livello di popolazione, un tasso di tagli cesarei superiore al 10% NON E' ASSOCIATO ad una riduzione della mortalità materna e neonatale.

All'interno dell'ASL BA, il parto vaginale rappresenta il 59% dei parti e vediamo in tabella che è stata eseguita una distinzione dei parti spontanei in vaginali eutocici, 45%, vaginali in cui è stata effettuata l'epidurale in travaglio, 12%, ed infine vaginali operativi 2%. Interessante invece è sottolineare come il taglio cesareo, sia esso elettivo o urgente, rappresenta il 41% dei parti totali. Questo dato rimane relativamente costante tra i vari centri nascita e vediamo discostarsi significativamente dall'incidenza indicata dall'OMS.

All'interno delle linee guida italiane sul taglio cesareo, viene dedicata una sezione relativa all'annosa questione dei parti spontanei dopo tc. L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo. Tale possibilità è controindicata per le donne che hanno avuto una pregressa rottura d'utero, una pregressa incisione uterina longitudinale, 3 o più precedenti tc. Ugualmente IL RCOG all'interno della linea guida del 2015 riguardante il parto spontaneo dopo parto cesareo, raccomanda di offrire la possibilità di un parto spontaneo alle donne con una gravidanza a 37 o più settimane che abbia avuto un tc con o senza precedente storia di parto vaginale. È invece controindicato programmare un VBAC nei casi di donne con precedente rottura uterina o una cicatrice verticale da cesareo e per le donne che presentano altre assolute controindicazioni al parto vaginale.

Nonostante già nel 1985 l'Organizzazione Mondiale della Sanità con le "raccomandazioni sulle tecnologie appropriate per la nascita, affermasse la necessità di incoraggiare parti vaginali dopo cesareo in quanto non presenti prove che affermano la necessità di un ulteriore parto cesareo per la gravidanza successiva, possiamo constatare come ancora oggi la percentuale di vbac è veramente bassa. Infatti nell'asl BA tra le pluripare ha partorito con parto cesareo il 10% di quelle che nella gravidanza precedente hanno partorito per via vaginale, mentre il vaginale dopo il tc è avvenuto solo nel 3%.

Sappiamo bene i benefici e i rischi dell'analgesia farmacologica in travaglio di parto e proprio per questo è necessario informare opportunamente le donne sulle varie modalità di controllo del dolore nel punto nascita, supportando quelle mamme che ritengono opportuno gestire il dolore utilizzando le tecniche non farmacologiche che le vengono offerte, e utilizzando soprattutto l'assistenza ostetrica one to one qualora questa fosse presente nel punto nascita.

Il National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, pubblicando le linee guida nel 2007 relativamente al controllo del dolore in travaglio, raccomanda quanto appena esposto ed afferma inoltre che non tutte le donne richiedono l'analgesia in travaglio. Proprio per questo è necessario andare a sfruttare la potenza, la consapevolezza e la competenza della donna. D'altra parte le stesse linee guida affermano che la richiesta materna di analgesia farmacologica rappresenta un motivo sufficiente per assecondare la sua richiesta.

Dai dati ottenuti si evince come in caso di epidurale in travaglio, il parto è esitato in vaginale eutocico nel 76%, mentre hanno partorito per via vaginale l'84% delle donne che non hanno

eseguito tc. È stato eseguito un tc in donne che hanno effettuato l'epidurale nel 18% dei casi. È possibile notare in questo caso che la percentuale di tc eseguiti in travaglio di parto in donne che non hanno eseguito analgesia peridurale sia del 14%, dato quindi lievemente in aumento rispetto a quello precedente. In merito ai parti vaginali operativi, notiamo un aumento significativo di questi nelle donne che hanno eseguito l'epidurale (7%) se confrontato con le donne che non hanno eseguito l'epidurale.

Un altro aspetto che potrebbe determinare l'eccessiva medicalizzazione dell'evento parto che va ad interferire con la fisiologia del parto e che può comportare, da una parte la riduzione delle competenze materno-fetale, e dall'altra un aumento delle distocie dinamiche con conseguente ricorso inappropriato al taglio cesareo, è rappresentato dal monitoraggio continuo del benessere fetale in corso di travaglio fisiologico. I metodi di monitoraggio usualmente sono classificati in monitoraggio continuo e monitoraggio intermittente cioè controllo meno intensivo ma non meno efficace del benessere fetale che consiste nel valutare e registrare la FCF per un minuto dopo la contrazione e ogni 15 min durante il primo stadio del travaglio, mentre ogni 5 min durante il secondo stadio, così come indicato nelle linee guida INTRAPARTUM CARE del nice del 2014. Sia le linee guida italiane sul taglio cesareo del 2016 che quelle del nice sulle cure in travaglio del 2014, affermano che: Per monitorare il benessere fetale nella gravidanza fisiologica è raccomandata la rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare, sia in periodo dilatante sia in periodo espulsivo. La rilevazione continua del battito cardiaco fetale mediante CTG è associata a un'aumentata probabilità di taglio cesareo.

Il ricorso al monitoraggio continuo del bcf è stato praticato nel 73% dei casi, mentre solo nel 27% dei travagli è stata messa in atto un'auscultazione intermittente. L'uso inappropriato di questa pratica assistenziale, conduce inevitabilmente ad un'eccessiva medicalizzazione del parto, determinando un aumento al ricorso ai tagli cesarei che va dal 37.5 al 62%.

L'episiotomia è un intervento che in passato veniva utilizzato in maniera routinaria perché si pensava potesse ridurre i tempi del secondo stadio ma soprattutto potesse ridurre le lacerazioni vagino-perineali di grado medio-grave (III e IV grado). A fronte dei numerosi studi presenti in letteratura sull'episiotomia e sui suoi outcomes a breve, medio e lungo termine (benessere fetale, traumi di grado severo, traumi a lunghi termine sulle strutture del pavimento pelvico) le società scientifiche più accreditate hanno deciso di stilare raccomandazioni in merito a questa pratica. Il NICE all'interno della linea guida intrapartum care del 2014 afferma che non bisogna eseguire routinariamente l'episiotomia per ogni parto spontaneo, neanche quando c'è stata una precedente lacerazione di 3 o 4 grado. È necessario informare la donna che ha avuto una precedente storia di trauma perineale severo che il rischio che questo si ripeta è uguale a quelle presente nelle donne primipare. In sostanza il NICE raccomanda di utilizzare tale pratica solo se clinicamente necessario come in un parto operativo o in caso di sospetta sofferenza fetale.

La RCOG nel 2015 ha stilato proprio delle raccomandazioni in merito al management delle lacerazioni di terzo e quarto grado. Tale società scientifica raccomanda di informare le donne che non vi sono evidenze sull'uso protettivo dell'episiotomia e pertanto raccomanda di utilizzarla solo se clinicamente necessario.

Il ricorso all'episiotomia si è verificato nel 60% dei parti spontanei con un range che va dal 50% al 80%. Interessante è il dato riguardante le episiotomie eseguite alle primipare che è pari al 75%.

Questi dati ci permettono di comprendere come siano ancora oggi radicate in noi le errate convinzioni sull'episiotomia. Tutto ciò avviene senza tener conto dell'assenza di prove della sua efficacia né nel ridurre a breve termine la gravità delle lacerazioni perineali, né, a medio-lungo termine, la frequenza di incontinenza urinaria e fecale. A supporto di tutto ciò possiamo notare come solo il 2% di tutte le lacerazioni che si sono verificate durante il parto, sono di III o IV grado!

La possibilità di poter utilizzare la posizione che risulta essere più accomodante per la donna in travaglio e parto, è un pilastro fondamentale della fisiologia oltre che della possibilità che si verifichino i migliori esiti materno- neonatale. Per tale ragione a livello internazionale si raccomanda di incoraggiare la donna alla mobilità, a supportarla nella scelta della posizione per ogni stadio del travaglio parto ed anzi non incoraggiare a utilizzare la posizione litotomica (WHO 2015) proprio perché considerata innaturale e con i peggiori outcomes. Sappiamo infatti che questa posizione è sostanzialmente utilizzata perché comoda per gli operatori i quali hanno una visuale migliore e una possibilità di intervento maggiore. Ma sappiamo che va contro tutti i principi della meccanica del parto. Oltre che, come si è visto, non offre vantaggi dal punto di vista di traumi perineali, anzi va addirittura a peggiorarli.

Complessivamente hanno subito un trauma perineale il 60%,intendo per trauma perineale l'episiotomia e le lacerazioni di III e IV tipo. Tale dato è stato messo in correlazione con la posizione utilizzata durante il parto. Nel gruppo donne che hanno assunto posizione litotomica, l'incidenza del trauma perineale è del 60%, mentre nelle donne che hanno assunto una posizione libera al parto, l'incidenza del trauma perineale è ridotta al 44%. Per quanto il 44% possa sembrare una percentuale elevata, è bene sottolineare che le donne che hanno potuto partorire in posizione libera sono solo 18, rispetto alle 435 che hanno partorito in posizione litotomica. La percentuale di donne che hanno partorito utilizzando una posizione libera è complessivamente pari al 4%.

Altra pratica ancora molto discussa è la manovra di KRISTELLER, pratica sulla quale esistono studi insufficienti in merito alla sua efficacia sulla riduzione dei tempi del secondo stadio e sulla progressione della pp. D'altra parte non è neanche possibile valutare gli esiti avversi. Sappiamo solo che da un punto di vista aneddotistico con l'uso di tale manovra si può andare incontro ad una serie di complicazioni materne e fetali di non scarsa importanza (frattura costole, lesioni perineale, rottura utero, distacco placenta, ipossia fetale, bradicardia fetale)

Bisogna inoltre sottolineare il fatto che si tratta di una manovra dolorosa che può comunque lasciare nella donna un vissuto del proprio parto negativo e che può quindi influire negativamente sul legame madre-bambino.

Per tutto quanto detto, il Ministero e l'ISS raccomandano di non utilizzare la manovra nell'assistenza al travaglio di parto. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la pressione fundica in travaglio, rientra tra le modalità assistenziali per le quali non esistono sufficienti prove di efficacia per una raccomandazione e che quindi dovrebbe essere impiegata con cautela fintantoché la ricerca non abbia chiarito l'argomento. Potremmo battezzare questa manovra come la manovra che non lascia traccia in quanto raramente viene riportata in cartella la sua esecuzione.

Dal nostro studio si evince come il 46% delle donne che hanno travagliato hanno subito tale manovra con un range che va dal 34% al 70%. Pratica che è stata registrata in cartella solo nello 0.9% dei casi e prevalentemente in un punto nascita. È stata effettuata una correlazione tra la manovra di Kristeller e l'epidurale in travaglio. Da tale correlazione è emerso che le donne con

epidurale sono state sottoposte a Kristeller in maniera molto rilevante (63%), rispetto alle donne che non hanno effettuato l'epidurale (42%). Analogamente è stata eseguita una correlazione tra la manovra di Kristeller e l'incidenza di traumi perineali. È possibile notare come il 93% delle donne che hanno subito tale manovra, hanno avuto un trauma perineale. Questo è un dato molto significativo.

PERIODO POST PARTO: 3 – 6 MESI

L'ultima parte dell'indagine ha voluto mettere in evidenza se vi sono stati miglioramenti negli indicatori assistenziali nel puerperio, quali le visite domiciliari offerte dal consultorio familiare o dal punto nascita, l'organizzazione di gruppi di sostegno all'allattamento, l'allattamento al seno.

ASSISTENZA IN PUERPERIO

È stato chiesto alle donne se le fosse stata offerta una visita domiciliare nel post parto o se fossero state invitate ad un incontro presso il centro nascita o il consultorio, così come sostenuto dal POMI. Tra gli obiettivi del POMI rientra quello di *“attivare progetti di assistenza domiciliare puerperale, con lo scopo di sostenere le fasce socialmente più deboli, promuovere l'allattamento al seno, favorire il migliore inserimento del nuovo nato nel nucleo familiare.”*

Come possiamo osservare nel grafico, solo nel 25% dei casi viene offerta una visita nel puerperio e le maggior parte delle donne a cui viene offerta usufruisce del servizio (ben il 67%).

Questo mette in evidenza il concreto bisogno da parte delle donne di ricevere un'assistenza specifica nel puerperio e al contempo il gap assistenziale che c'è proprio in questa fase, periodo di grandissimo impatto sulla salute fisica ed emotiva della donna.

Inoltre possiamo osservare che solo il 2% delle donne ha usufruito della visita in consultorio. Consultorio che dovrebbe avere un ruolo cruciale nel percorso nascita, così come raccomandato dal POMI.

MAGGIORI PROBLEMATICHE NEL PUERPERIO

In questa slide sono messi in evidenza quelli che sono stati i problemi maggiori riscontrati dalle donne nei primi 3 mesi: 1/3 delle donne ha dichiarato di aver avuto problemi e difficoltà con l'allattamento e con la sutura, nello specifico nel 33 e nel 34%. E ben il 71% delle donne ha dichiarato di aver avuto più di una problematica nel puerperio.

ALLATTAMENTO

Per quanto riguarda l'Allattamento al seno, tra gli obiettivi del progetto materno infantile rientra *“l'aumento del numero di donne allattanti al seno in modo esclusivo fino a 6 mesi compiuti e in modo complementare fino a due anni e oltre, così come sostenuto dall'OMS già nelle raccomandazioni del 1985: “Si deve prolungare l'allattamento al seno il più possibile ed evitare il complemento di aggiunte al sesto mese.”*

- *L'allattamento costituisce l'alimentazione normale ideale del neonato e dà allo sviluppo del bambino basi biologiche ed effetti impareggiabili.*
- *In gravidanza si raccomanda un'educazione sistematica sull'allattamento al seno, poiché attraverso un'educazione ed un sostegno adeguato tutte le donne sono in grado di allattare il proprio bambino al seno. Si deve invece incoraggiare le madri a tenere il bambino vicino a loro e ad offrirgli il seno ogni volta che il bimbo lo richiede.*

Al fine di valutare la prevalenza delle donne allattanti al seno a 3 e 6 mesi, sono state poste domande sull'alimentazione del bambino relativa alle ultime 24 ore.

Pertanto è stato chiesto se nelle ultime 24 ore il bambino:

- E' stato allattato al seno
- Ha bevuto acqua, tisane o altri liquidi
- Ha bevuto latte artificiale
- Ha bevuto latte vaccino
- Ha preso cibi solidi o semisolidi

Il Grafico mostra che a 3 mesi soltanto il 41% delle donne allatta in maniera esclusiva e il 7 % allatta in maniera predominante, per un totale di allattamento completo pari al 48%.

Mentre un terzo delle donne (il 33%) non allatta al seno.

Il 19% allatta in maniera complementare, questo significa che a 3 mesi sono stati aggiunti, nell'alimentazione del bambino, nutrienti liquidi, semiliquidi o solidi.

A 6 mesi circa la metà delle donne allatta al seno in maniere complementare, solo il 3% allatta in maniera esclusiva e l'1% in maniera predominante.

La partecipazione di solo il 2% delle donne ai gruppi di sostegno all'allattamento al seno è un indice della carenza di servizi territoriali di supporto all'allattamento.

PREVALENZA ALLATTAMENTO A 3 E 6 MESI IN RELAZIONE AL TIMING PRIMO ATTACCO AL SENO

Nell'indagine è stata valutata la prevalenza di allattamento al seno a 3 e 6 mesi in relazione al timing del primo attacco al seno dopo la nascita.

I dati mostrano che un attacco precoce al seno, entro mezz'ora dalla nascita, è connesso ad una percentuale maggiore di allattamento completo a 3 mesi e di allattamento comunque al seno a 6 mesi.

A 3 mesi dalla nascita, il 57% delle donne che hanno attaccato il bambino al seno entro mezz'ora dalla nascita, allatta al seno in maniera completa, rispetto al 47% delle donne che hanno attaccato il bambino dopo la prima mezz'ora.

Anche a 6 mesi emerge questa correlazione: il 65% delle donne che hanno attaccato il bambino al seno entro mezz'ora dalla nascita allatta comunque al seno a 6 mesi, rispetto al gruppo di donne che hanno attaccato il bambino dopo la prima mezz'ora dalla nascita, in cui la percentuale di allattamento comunque al seno scende al 55%.

Anche la partecipazione ai CAN è correlata ad un aumento della percentuale di allattamento al seno a distanza di 3 e 6 mesi dalla nascita.

Le donne che hanno partecipato ai CAN, allattano in maniera completa a 3 mesi dal parto nel 53% dei casi, rispetto al 44% delle donne che non hanno partecipato ad un CAN.

A distanza di 6 mesi ben il 64 % delle donne che hanno partecipato ad un CAN allattano comunque al seno, rispetto al 50% delle donne che allattano comunque al seno pur non avendo partecipato ad un CAN.

Pertanto è evidente come sia la partecipazione ad un CAN durante la gravidanza, sia un attacco precoce al seno entro la prima mezz'ora dalla nascita, sono delle condizioni determinanti per il buon avvio e proseguimento dell'allattamento al seno.

FUMO A 3 E 6 MESI

Un altro elemento importante preso in esame dall'indagine è l'abitudine al fumo delle donne dopo la gravidanza e l'allattamento.

Sia a 3 che a 6 mesi dal parto, solo una porzione limitata di donna che fumavano prima della gravidanza ha ripreso a fumare.

Dai grafici possiamo osservare che a 3 mesi solo ¼ ha ripreso a fumare e ben il 73% non ha ripreso. Mentre a 6 mesi riprende circa 1/3 delle donne (il 33%) e il restante 67% non riprende a fumare. Questo è un dato significativo, che mette in evidenza come la gravidanza, l'allattamento e il diventare mamma siano dei momenti della vita della donna cruciali per favorire un cambiamento positivo dello stile di vita.

Fumo e allattamento al seno

In questa slide è possibile osservare la relazione tra l'allattamento al seno e la ripresa del fumo a 3 mesi dal parto. Nello specifico nel grafico possiamo osservare la percentuale di donne che, dopo aver sospeso il fumo in gravidanza, ha ripreso a fumare a 3 mesi dal parto. La ripresa del fumo è molto maggiore nel gruppo "donne che non allattano" (osserviamo che il 25% riprende a fumare), mentre solo l'11% delle donne che allattano in maniera completa ha ripreso a fumare a distanza di 3 mesi. E' evidente pertanto che **Allattare in maniera completa è un fattore protettivo nei confronti della ripresa del fumo a 3 mesi dal parto.**

Anche a 6 mesi dal parto l'allattamento al seno si è mostrato protettivo nei confronti della ripresa del fumo: solo il 10 % delle donne che allattano comunque al seno ha ripreso a fumare, mentre il 43% delle donne che non allattano ha ripreso.

Fumo e partecipazione a CAN

Anche la partecipazione ai CAN si è mostrata un fattore fortemente protettivo nei confronti della ripresa del fumo a 3 mesi dal parto.

In questo grafico osserviamo come a distanza di 3 mesi, nel gruppo "donne che non hanno frequentato un can" si ha una ripresa del fumo nel 27% dei casi, mentre tra le donne che hanno partecipato ai CAN solo l'8% riprende.