

IL PERCORSO NASCITA NELLA ASL DI BARI

Nel 2008 la ASL di Bari, con altre 24 ASL, aveva aderito al programma nazionale per l'applicazione del POMI riguardo il percorso nascita. Il programma prevedeva una indagine campionaria per delineare lo stato dell'arte, l'implementazione o il miglioramento delle attività previste dal POMI e una successiva indagine per verificarne l'effetto. I risultati del programma nazionale coordinato dall'ISS sono riportati nel Rapporto ISTISAN 12/29. Anche sulla base delle risultanze, la direzione sanitaria ha promosso un programma di aggiornamento professionale delle equipe consultoriali sulla offerta attiva, sulla condizione e sulla valutazione degli incontri di accompagnamento alla nascita e delle visite in puerperio, secondo un modello sperimentato in ISS, nell'ambito del programma nazionale. Si è posta l'esigenza di valutare l'impatto del corso con una nuova indagine. Il collegio delle ostetriche di Bari ha offerto alla direzione della ASL, che ha accettato, di farsi carico della conduzione dell'indagine, secondo il modello adottato nel programma nazionale, adattato alla situazione locale dal dr. Grandolfo, già dirigente di ricerca dell'ISS ed ex responsabile scientifico del programma stesso.

Per ogni Centro nascita della ASL con l'esclusione delle case di cura convenzionate Santa Maria e Mater Dei, che non hanno autorizzato la somministrazione dei questionari, sono state considerate eleggibili tutte le donne che hanno partorito nell'arco di 45 giorni a partire dal 01/09/2014 al 05/09/2014 che non avessero seri problemi di salute o non comprendessero l'italiano. Le intervistatrici, giovani ostetriche o studentesse del corso di laurea in ostetricia, sono state addestrate alla somministrazione dei questionari vis a vis e alle interviste telefoniche a tre e sei mesi dal parto.

Ha accettato l'intervista il 91.3% delle eleggibili, con range di accettazione 80.1-98.0.

Le tre studentesse che hanno condotto le interviste hanno elaborato tesi sperimentali e si sono laureate con 110/110 e lode.

Caratteristiche socio demografiche.

Le intervistate si distribuiscono equanimente nelle tre classi di età <30, 30-34 e >34, in tutti centri nascita con l'eccezione di Altamura, Corato e Monopoli. Il 71.5% ha titolo di studio maggiore o uguale alla media superiore e il 25.9% con laurea. Prima della gravidanza risultavano occupate il 65.1%. Il 2.1% risultava non coniugata (81.3%) o non convivente (16.6%). Avevano già figli il 47.8%. Il 4.1% era di cittadinanza straniera.

Gravidanza

L'assistenza in gravidanza è stata assicurata dal ginecologo (non consultoriale) per il 94.3%.

Un quarto delle straniere è stata seguita dal consultorio familiare.

Il 93.6% ha effettuato la prima visita entro la decima settimana gestazionale. Solo il 5.5% ha effettuato la prima visita dopo 12 settimane di gestazione. Hanno effettuato più di 4 ecografie il 92.7% delle intervistate, il 50% 8 o più, molte di meno se assistite dal consultorio. Ai corsi di accompagnamento alla nascita ha partecipato il 26.7% delle intervistate (il 46.7% delle primipare, il 40.1% con livello di istruzione media superiore o meno e il 61.5% delle laureate). Il 18.0% ha partecipato presso un centro nascita, il 68.2% presso consultori familiari e il 13.7% presso privati. Il giudizio di adeguatezza è minore in caso di partecipazione presso i centri nascita. Il 18.2% ha assunto acido folico in periodo periconcezionale, le primipare il 21.9% e le pluripare il 14.1%.

Fumava prima della gravidanza il 25.9%, le pluripare con esperienza di allattamento dell'ultimo figlio per almeno 3 mesi il 20.6%. In gravidanza ha smesso l'82.4% delle fumatrici. Complessivamente fumava durante la gravidanza il 4.7% delle intervistate. Nel 77.5% la gravidanza ha avuto un decorso fisiologico e il 14.7% ha avuto problemi con necessità di ricovero ospedaliero o costrizione a letto per almeno una settimana.

Parto

Il 7.9% ha partorito pretermine (<37 settimane). Il 59% ha partorito per via vaginale e il 41% con taglio cesareo con range 22.0% di Altamura e il 53% del S. Paolo di Bari. L'induzione in travaglio è stata praticata nel 30.5%, il 21.7% entro la 40esima settimana gestazionale. La posizione libera al parto è stata possibile solo nel 4% dei casi. In caso di epidurale in travaglio il 75.6% l'esito è stato il parto vaginale non operativo, il 6.7% operativo e il 17.8% in cesareo (le percentuali corrispondenti di esiti senza epidurale in travaglio sono rispettivamente: 84.2%, 1.9% e 13.9%).

La manovra di kristeller è stata subito dal 46.4% delle donne che hanno travagliato con range 34.3% e 70.4%, praticamente mai registrata in cartella clinica. In caso di epidurale la manovra è stata praticata nel 63.4% dei casi.

Ha subito l'episiotomia il 60% delle donne che hanno partorito vaginalmente con range 50.0 e 79.6% (il 75% delle primipare, range 63.9 e 83.3%). Lacerazioni superiori al secondo grado si sono verificate nel 2% dei casi. Complessivamente hanno subito trauma perineale (escludendo le lacerazioni di I e II tipo) il 59.2%, molto meno se si è partorito con posizione libera (59.8% vs 44.4%).

Il 56.6% ha dichiarato che è andata come o peggio dell'aspettato. L'aver subito un trauma perineale o aver partorito con epidurale è associato a una peggiore esperienza rispetto all'atteso. Tra le pluripare ha partorito con taglio cesareo il 10.9% di quelle che nella precedente gravidanza aveva partorito per via vaginale, mentre il vaginale dopo cesareo è stato possibile solo nel 2.5% (solo in un centro nascita).

La degenza maggiore di 4 giorni ha riguardato il 12.7% delle donne che hanno partorito vaginalmente e il 48.3% di chi ha partorito con cesareo.

Al parto ha potuto avere una persona vicina il 53.4% (range 8.7 – 94.6%) e il 67.3% lo ha giudicato di grande aiuto. Le ostetriche hanno ricevuto maggior gradimento rispetto alle altre figure professionali presenti sulla scena del parto.

La percezione di dolore terribile/atroce a 24ore dal parto è stata riportata dal 15% di chi ha partorito vaginalmente senza traumi perineali, dal 19% in caso di traumi perineali, dal 32.4% in caso di epidurale, dal 38.9% in caso di parto operativo, da oltre il 40% in caso di cesareo. Analogamente il giudizio di ottimo è stato dato dal 45.6% di chi ha partorito vaginalmente senza traumi perineali, dal 34.2% con traumi, dal 29.4% con epidurale, dal 38.9% se operativo e dal 20.7% in caso di cesareo d'urgenza e dal 27.7% se elettivo.

Il contatto pelle pelle c'è stato nel 49.9% dei casi, ma nudo per almeno 5 minuti solo nel 7.7%, quasi assente in caso di cesareo. Anche l'attacco al seno entro la mezz'ora ha riguardato solo il 13% dei casi, di più in caso di vaginale senza traumi, raramente in caso di cesareo.

L'intenzione ad allattare al seno è stata dichiarata da oltre il 95% delle intervistate, indipendentemente dall'abitudine al fumo. Il rooming in ha riguardato oltre il 90% delle partorienti.

Alla dimissione allattava al seno in modo esclusivo solo il 63.8%. Oltre il 70% ha dichiarato di gradire una visita domiciliare dopo il parto. Molto scarsa è risultata l'informazione ricevuta in gravidanza e al parto sulle cure del bambino, sulla ripresa dei rapporti sessuali e sui metodi per la procreazione consapevole. Oltre il 70% ritiene che la nascita arricchirà il rapporto di coppia.

Oltre il 90% conosce il consultorio familiare e il 44.5% lo ha utilizzato.

L'attacco al seno entro la mezz'ora, il contatto pelle pelle nudo per almeno 5 minuti e l'aver allattato al seno per almeno tre mesi nel puerperio precedente sono tutti fattori associati all'allattamento esclusivo. L'attacco al seno entro la mezz'ora è determinato in modo significativo dal contatto pelle pelle. Solo il 4.3% ha avuto il contatto pelle pelle e l'attacco al seno entro la mezz'ora, entrambi, meglio se associati fortemente condizionanti l'allattamento esclusivo.

A tre mesi

Se offerta, molto raramente, la visita in puerperio viene accettata dal 67.4%.

A tre mesi circa un terzo riferisce problemi sull'allattamento, alla ferita, nella gestione della casa e nelle relazioni familiari.

Allatta in modo esclusivo il 41.1% e ben il 32.8% usa solo il latte artificiale. La partecipazione ai gruppi di sostegno all'allattamento è quasi assente.

L'82.7% ha iscritto al pediatra entro i 15 giorni e oltre il 91% ha avuto la prima visita al pediatra entro il mese.

A tre mesi ha ripreso i rapporti sessuali l'85.3% delle intervistate. Meno del 50% ha ricevuto informazione sulla contraccezione, che quando c'è stata ha influito notevolmente, soprattutto per le donne con titolo di studio non più alto della media inferiore, nell'uso della stessa: 76,1% in generale, 63,4% se meno istruita e non informata, 75.0% se informata. Il metodo frequentemente usato è quello di barriera.

Il partner aiuta in modo significativo nelle cure del bambino e nella prima settimana dopo il parto sempre il partner e i genitori hanno dato un aiuto importante in casa. In generale il supporto del marito è stato definito significativo dal 72.7% delle intervistate.

Il 51.1% delle intervistate dichiara di poter riposare meno di quanto ritenuto necessario e, costruendo un punteggio di disagio (se la vita è cambiata in peggio, se si sente meno serena, se più stanca, se con meno tempo per sé, se percepisce meno attenzione nei suoi confronti, se meno compresa, se con minore aiuto), il 27.1% segnala più di due condizioni di disagio e il 7.8% più di tre.

Tra quelle che lo facevano prima della gravidanza il 26.6% ha ripreso a fumare, ma solo l'11.3% se, avendo smesso durante la gravidanza, stava allattando al seno in modo completo. Anche la partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita è associata in modo molto significativo alla non ripresa dell'abitudine al fumo. L'allattare al seno in modo completo a tre mesi è significativamente associato ad aver potuto attaccare al seno entro la mezz'ora e se ha partecipato agli incontri di accompagnamento alla nascita.

A 6 mesi

Allatta in modo completo il 3.8% delle intervistate e il 53% con la supplementazione di latte artificiale. L'allattamento comunque al seno (56.8%) è associato all'aver potuto attaccare al seno entro la mezz'ora e, in modo molto significativo, con l'aver frequentato gli incontri di accompagnamento alla nascita.

Non cambiano le condizioni di vita, lo stato del supporto dell'ambiente familiare allargato e la prevalenza della condizione di disagio osservate a tre mesi.

Si conferma il potente effetto dell'allattamento al seno nella non ripresa dell'abitudine al fumo: solo il 14.3% di chi fumava prima della gravidanza ha ripreso a fumare se allattava ancora al seno (contro il 52.3% di chi non allattava al seno) e tra chi aveva smesso di fumare in gravidanza solo il 10.7% aveva ripreso se allattava al seno, contro il 43.4% di chi non allattava.

Conclusioni

I risultati dell'indagine confermano il quadro già conosciuto di medicalizzazione spinta del percorso nascita: troppe procedure non appropriate fatte e troppe procedure raccomandate non fatte. Sono evidenti i guasti delle prime e i benefici delle seconde quando applicate. Di particolare rilievo è la catena viziosa degli eventi: si parte con un intervento non appropriato che interferisce con il processo e si è costretti a operare con altri interventi normalmente non raccomandati. Il che non deve meravigliare se si tiene conto delle dinamiche ormonali che entrano in gioco e come interventi o fattori stressori interferiscano l'evoluzione. Procedure necessarie nei pochi casi di emergenza ostetrica applicate nella generalità dei casi producono danni. Ed è opportuno sottolineare che se la fisiologia è espressione di competenza, le interferenze paradossalmente inducono in chi le subisce il senso di incompetenza, anche per la persona che nasce, ma è proprio il senso di competenza necessario per affrontare l'avventura della nuova situazione.

L'indagine evidenzia elementi positivi di tutto rispetto: l'aumentata partecipazione agli incontri di accompagnamento alla nascita, obiettivo primario del programma di aggiornamento del personale del consultorio familiare. Gli esiti si vedono sulla non ripresa dell'abitudine al fumo e sulla persistenza dell'allattamento. C'è ancora strada da fare con il potenziamento dei consultori familiari e della figura dell'ostetrica, fondamentale figura pivotale, nel gioco di squadra, in tutto il percorso nascita, anche al fine di migliorare e aumentare l'offerta degli incontri di accompagnamento alla nascita e le visite domiciliari in puerperio. Sarebbe auspicabile favorire la trasformazione di centri nascita piccoli destinati alla chiusura in case di maternità a conduzione autonoma da parte di ostetriche con un buon rapporto di continuità a valle con i centri nascita per l'emergenza ostetrica e a monte e a valle con i consultori familiari che dovrebbero essere i pilastri dell'assistenza in gravidanza e in puerperio. Come sarebbe altamente auspicabile sperimentare nei centri nascita reparti a gestione autonoma da parte delle ostetriche dei travagli, parti e puerperi fisiologici: le prove scientifiche consolidate a livello internazionale e incorporate nelle linee guida più accreditate garantiscono maggiore soddisfazione delle donne, migliori esiti di salute e notevole riduzione di sprechi di risorse per pratiche inappropriate. Un percorso normativo per favorire l'evoluzione verso la demedicalizzazione potrebbe vedere come prima tappa il ricettario ostetrico e il rimborso del parto a casa. La sperimentazione delle cosiddette "free standing unit" (case di maternità a conduzione autonoma da parte delle ostetriche, potrebbe essere una tappa intermedia importante. In tale percorso è necessario l'aggiornamento professionale nell'assistenza della gravidanza fisiologica e nel puerperio.

Perché è opportuno muoversi in tale direzione? Perché oggi il tema dell'appropriatezza è la sfida centrale per la valorizzazione delle professionalità; perché il contenimento delle risorse si impone; perché nel percorso nascita si può promuovere competenza e consapevolezza nella capacità di controllo sulla propria salute e quella della comunità con l'effetto di mantenere la condizione di benessere e ridurre i rischi di malattia aumentando la capacità di interagire validamente con le professionalità e i servizi verso le misure e gli interventi appropriati. Il tutto in un contesto di evoluzione della società: le donne sono sempre più istruite (anche di più dei loro partner) e hanno maggiore capacità di accesso, con senso critico visto l'alto livello di istruzione, ai nuovi strumenti della conoscenza, a partire da internet. Il modello storico, con innegabili meriti, del paternalismo direttivo deve lasciare il posto al modello della partecipazione e dell'empowerment ben rappresentato dal POMI.

Le donne sono oggi più esigenti!