

**DIRETTORE SCIENTIFICO**

D.ssa Valeria Dubini

**DIRETTORE RESPONSABILE**

D.ssa Annamaria Guerrieri

**COMITATO EDITORIALE AOGOI**

Dott. M. Campogrande,  
Prof. A. Chiàntera,  
Dott. N.A. Giulini,  
Dott. A. Melani, Dott. G. Monni

**COMITATO EDITORIALE FNCO**

Maria Antonietta Bianco,  
Maria Vicario, Angelo Morese,  
Irene Marzetti, Maria Santo,  
Antonella Cinotti, Marcella Oggerino

**COORDINAMENTO REDAZIONALE**

D.ssa Laura Caracciolo

**EDITORE**



**CMP**

CMP S.R.L.

Via Giovanni Squarcina, 3  
00143 Roma (Italy)  
Tel. +39-06-5043441  
www.cmpedizioni.it

**PUBBLICITÀ**

Publiem srl

Centro Direzionale Colleoni  
Palazzo Perseo, 10 - 20041 Agrate (MI)

**REALIZZAZIONE GRAFICA E STAMPA**

Istituto Arti Grafiche Mengarelli  
Via Cicerone, 28 - 00193 Roma

## Sommario

ANNO 2 • N. 1 • 2005

Introduzione: il dolore nel Parto . . . . .	3
V. DUBINI	
Analgesia per il parto: forse la svolta definitiva? . . . . .	5
E. MARGARIA	
Analgesia da travaglio: prove, pratiche e controversie . . . . .	12
P. LOMBARDO	
Il "nostro" dolore da parto . . . . .	25
P. FORLEO	
Partorire e nascere: metodiche a confronto . . . . .	30
N. BOTTARO	
Il dolore del parto: il punto di vista delle ostetriche . . . . .	36
V. CASTAGNA	
L'uso dell'analgesia in travaglio di parto. Un'esperienza e alcune considerazioni. . . . .	40
G. GIULIANI	
L'amnioinfusione è una metodica in grado di ridurre significativamente l'incidenza dei tagli cesarei . . . . .	51
L. DANTI & C.	
Ambiti di competenza e responsabilità dell'ostetrica/o nella raccolta del sangue placentare . . . . .	59
E. DAL BO	
Gestione del rischio clinico in un reparto di ostetricia e ginecologia: modello sperimentale . . . . .	67
S. DELL'ACQUA	
Quale modello organizzativo nella Day Surgery in ginecologia e ostetricia? . . . . .	73
M. MOLINAR	
Diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche del collo dell'utero: correlazione fra colpocitologia e colposcopi . . . . .	90
N.A. GIULINI	
Indagine soggettiva sull'uso di un detergente intimo a base di cloramina . . . . .	93
G. BONOMO	

L'AOGOI sta conducendo un'indagine relativa alle opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero. La partecipazione a questa indagine è importante per avere una "fotografia" delle opinioni dei ginecologi, compilare il questionario allegato sarà un contributo alla riuscita dell'indagine.

**Indagine sulle opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero**

**1. Obiettivo della indagine.**

Obiettivo della indagine è valutare le opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero.

**2. Disegno della indagine.**

Il questionario verrà inviato a tutti i ginecologi aderenti all'AOGOI in attività presso strutture complesse ostetrico-ginecologiche e consultori familiari. Il questionario è presentato al punto 4 del presente protocollo. Tale questionario verrà inviato a cura della Segreteria Nazionale AOGOI.

**3. Risultati attesi.**

Definire le opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero. I risultati dell'indagine verranno divulgati nelle sedi opportune.

**4. Questionario**

Indagine conoscitiva sulle opinioni dei ginecologi italiani sull'uso della cloramina T nell'igiene intima femminile e nel trattamento delle infezioni vaginali e sul suo uso in ambito ospedaliero.

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 Ospedale: \_\_\_\_\_ Regione: \_\_\_\_\_  
 Età: [ ] [ ] Anno di specializzazione [ ] [ ] [ ] Sesso: maschio  femmina   
 Ospedale ove svolgi l'attività: \_\_\_\_\_  
 Attività prevalenti: Ospedaliera  Territoriale   
 Il luogo dove svolgi la tua attività quanti abitanti ha:  
 fino a 10.000  10.001-100.000  100.001-1.000.000  oltre 1.000.000   
 Medesimamente, nel corso di una settimana, quante pazienti ambulatoriali visiti/vedi? n. [ ] [ ]  
 Quante si presentano in gravidanza? n. [ ] [ ] % [ ] [ ] Quante si presentano con infezioni vulvo vaginali? n. [ ] [ ] % [ ] [ ]

**1. Conosci la cloramina T (Euclerina)?**

Sì  No

**2. Nella tua pratica clinica ambulatoriale consigli l'utilizzo di cloramina T?**

Sì  No  Se sì, in quale/quale indicazione? (anche più di una risposta)

Disinfettante in gravidanza  Disinfettante sia nella donna fertile sia in menopausa

Come coadiuvante nel trattamento delle vulvo vaginali  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

**3. Secondo la tua opinione su quale segno/sintomo la cloramina può offrire un beneficio? (anche più di una risposta)**

Prurito  Bruciore  Odore  Secessioni vaginali  Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

**4. Nel trattamento delle infezioni vaginali ritieni importante disinfettare i genitali esterni?**

Sì  No  Se sì ritieni la cloramina un trattamento utile? Sì  No

**5. Ritieni che vi siano controindicazioni all'uso di cloramina T?**

Sì  No  Se sì, quali: \_\_\_\_\_

**6. Presso la Struttura ove tu operi è disponibile la cloramina T?**

Sì  No  Se sì, viene utilizzato con regolarità? Sì  No

Con quale/quale indicazione? (anche più di una risposta)

Disinfettante nel post partum  Disinfettante nel decorso post operatorio  Come coadiuvante nel trattamento delle vulvo vaginali

Altro  (specificare) \_\_\_\_\_

Invia il questionario compilato a:

AOGOI - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano, tel. 02.29525380 fax 02.29525521

*“Appena un attimo prima di morire, appoggiata al nocciolo del giardino, ...all'improvviso, come se fosse in volo ...vide sua madre partorirla, con il corpo rosso e gonfio per lo sforzo, urlando di un dolore che le sembrò perfetto...”*

**Da “Il dolore perfetto”  
 U. Riccarelli  
 Premio Strega 2004**

L'uso dell'analgesia nel travaglio di parto è tema di grande attualità nel nostro Paese, soprattutto da quando è stata presentata una proposta di legge che ne prevede l'introduzione nei LEA, firmata da molte parlamentari donne, di schieramenti politici trasversali.

Come sempre nel dibattito si confrontano posizioni talora accese e anche molto diverse, con fautori entusiastici e acerrimi detrattori.

Abbiamo pensato di dedicare una parte della nostra rivista a questo tema per far sì che potessero esprimersi varie opinioni ed esperienze, convinti che sia utile per tutti una riflessione attenta sull'argomento.

L'analgesia rappresenta indubbiamente un metodo efficace, nella maggior parte dei casi, per il controllo del dolore, e dunque non si può non pensare che in un ventaglio di proposte da offrire alle donne che si rivolgono a noi non sia da prevedere anche questa tecnica: dobbiamo però considerare che stiamo parlando di un tipo di dolore dal significato del tutto speciale e diverso da quelli con cui il medico è solitamente abituato a confrontarsi.

Spesso il momento del parto rappresenta una condizione di grande creatività ma anche di fragilità emotiva, di paura dell'ignoto, un momento in cui tutte le tappe della propria vita vengono ripercorse: è, pertanto, riduttivo pensare di potersi rispondere semplicemente con una tecnica farmacologica; sostegno, incoraggiamen-

to, accoglienza, sono fattori che possono aiutare a trovare dentro di sé le risorse per affrontare questo passaggio con soddisfazione e gioia.

Non è, infatti, un caso se la medicina dell'evidenza ci mostra come il rapporto "one to one" con l'ostetrica, riduca significativamente il ricorso all'analgisia, oltre che al Taglio Cesareo.

Come ostetrici dobbiamo anche riflettere sul fatto che l'analgisia rappresenta un atto medico, con ricadute sul nostro operato, ed effetti dei quali siamo responsabili in prima persona: tutta la letteratura internazionale è concorde nell'indicare il monitoraggio continuo in questi casi, nel segnalare il rischio di ipotensione, di allungamento del periodo espulsivo (2 ore nella pluripara e 3 ore nella primipara secondo l'ACOG), di aumento dei parti operativi (il doppio secondo la revisione della Cochrane), di maggior frequenza di febbre materna.

Inoltre l'introduzione di nuove figure sulla scena del parto, con le quali dobbiamo necessariamente interagire, comporta la costruzione di un rapporto di stretta collaborazione e fiducia nel rispetto dei reciproci ruoli.

Forse, come spesso accade, non esiste una sola soluzione, ma devono coesistere tante possibilità.

L'auspicio è che da questi spunti nasca una discussione seria e non banalizzante, scevra da posizioni preconcepite e da aspettative ancora una volta miracolistiche; una riflessione che serva ad offrire una informazione il più possibile corretta, e che si proponga di mettere la donna in condizione di essere al centro delle proprie scelte, al di fuori da facili semplificazioni.

In fondo, come ci suggerisce il brano riportato all'inizio, la porta da cui si entra nel mondo è anche quella da cui si esce, ed è proprio per questo che ogni parto è così terribilmente bello e misterioso: il nostro compito è dunque accompagnare lungo questo percorso in punta di piedi, mettendo da parte le personali convinzioni e offrendo conoscenze, competenze, ma anche ascolto e rispetto.

Valeria Dubini

## Analgesia per il parto: forse la svolta definitiva?

**Elsa Margaria, Ivana Castelletti, Vice-presidente SIAARTI**

**Responsabile Il Servizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Anna Torino**

Il mese di Febbraio 2005 sarà dedicato dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, nell'ambito di un programma di formazione nazionale, all'Anestesia in Ostetricia.

**Piero della Francesca:** Madonna del Parto. 1467 - Affresco nella Cappella del cimitero, Monterchi



### Cenni storici

Il dolore del parto è presente fin dalle origini della storia umana. L'analgisia applicata all'ostetricia ha radici antichissime. Si è tentato di alleviare i dolori del travaglio e del parto impiegando le sostanze più disparate: gli antichi testi cinesi parlano dell'uso degli oppiacei, mentre in Europa le donne si affidavano ad "intrugli" di

mandragola, di canapa, di papavero e di cicuta.

L'era della moderna anestesia in ostetricia comincia nel 1847, quando James Young Simpson e Walter Channing pubblicano il loro studio sull'uso del dietiletere durante il travaglio di parto. Il primo ad utilizzare con successo le tecniche di analgesia loco-regionale in campo ostetrico è Soeckel nel 1909, e, Aburel, nel 1931, codifica la tecnica dell'analgesia epidurale continua in travaglio. In seguito vengono compiuti numerosi studi sui meccanismi del dolore durante il parto.

La tecnica di analgesia epidurale lombare continua, sulla quale si basa la moderna pratica anestesiológica, è messa a punto nel 1931 da Achille Mario Dogliotti, a Torino e, negli Stati Uniti, da John Bonica.

Questa branca della medicina incontra forti resistenze socio-culturali: la maledizione di Dio riportata nella Genesi viene ancora invocata dagli ambienti conservatori, ma nel 1956 il papa Pio XII dichiara che la Chiesa non si oppone alla prevenzione del dolore nel travaglio e nel parto.

Dagli anni '60 si assiste ad una rapida evoluzione tecnica e farmacologica dell'analgesia epidurale che ne facilita la diffusione nei paesi anglosassoni prima, e nel resto d'Europa più tardi. In Italia le prime analgesie epidurali vengono effettuate da Mario Tiengo presso la Clinica Mangiagalli di Milano alla fine degli anni cinquanta. All'Ospedale S. Anna di Torino, dove i parti raggiungevano i 20.000/anno, venivano utilizzati, per i parti strumentali, in alternativa all'analgesia inalatoria con N2O, la Ketamina in basso dosaggio per via intramuscolare, e l'Althesin. Le prime analgesie periferiche (sacrali) per il parto risalgono al 1972, la prima proposta di protocolli di analgesia peridurale al 1985.

### Caratteristiche del Dolore

Il dolore legato alle contrazioni uterine, anche in fase prodromica, ha l'importante funzione biologica di segnalare l'inizio del travaglio. Le risposte psicologiche, biochimiche e fisiologiche indotte nell'organismo materno sono finalizzate a preservare l'omeostasi materno-fetale se restano nei limiti fisiologici.

L'iperalgia nel corso del travaglio e del parto provoca effetti deleteri sia per la madre che per il feto, dolore e stress innescano infatti risposte riflesse segmentarie e soprasedimentarie che a loro volta incidono sulle funzioni respiratoria, cardio-circolatoria ed endocrina.

Il dolore da parto rappresenta un perfetto modello di dolore acuto; esso è infatti l'unico esempio di presenza contemporanea delle tre componenti del dolore: viscerale, riferito e somatico (fig.1).

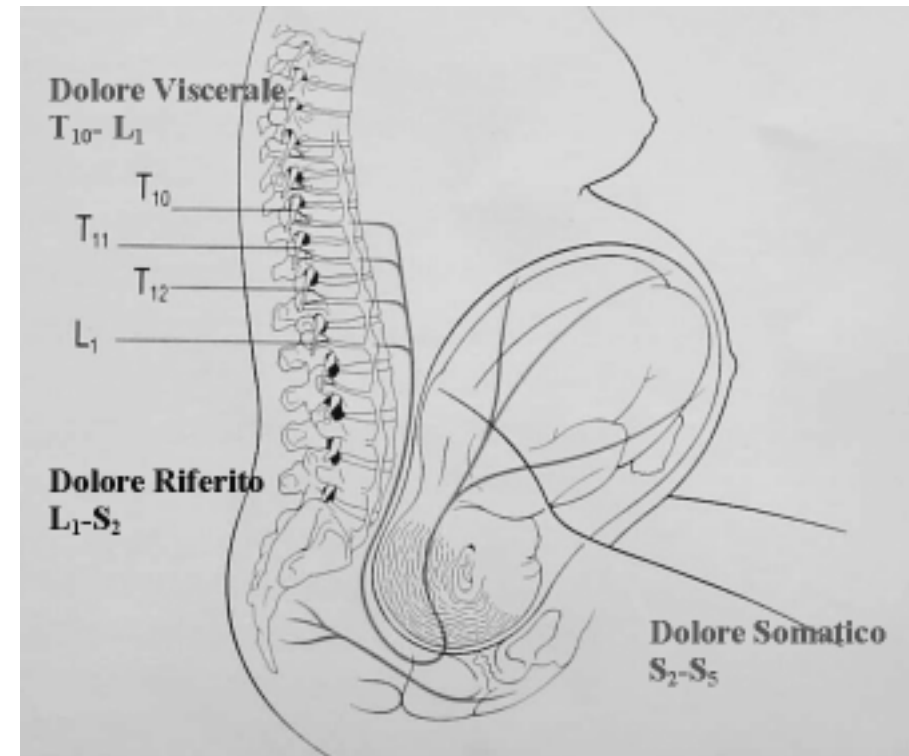


Figura 1 Metameri coinvolti nel dolore del travaglio di parto

Come il dolore viscerale in generale, anche il dolore del travaglio di parto è accompagnato da un'intensa reazione emozionale (ansietà, sensazione di morte imminente) e da sintomi vegetativi (nausea, vomito, brivido, sudorazione, bradi o tachicardia).

Il dolore del parto ha caratteristiche del tutto peculiari: insorge infatti in un individuo perfettamente sano, è limitato nel tempo ed è immediatamente seguito dalla gratificazione relativa alla nascita del bambino. Alcune donne preferiscono assecondare integralmente il processo naturale del nascere, nella sua completezza, accettandone anche la parte dolorosa. Questa posizione si fonda sulla considerazione che questo dolore può avere una connotazione fortemente positiva. Si tratta

infatti di una sofferenza particolare: dotata di elementi vitali, di componenti passionali, di significati culturali di lunga durata.....

Per molte donne, tuttavia, il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie, limitando la possibilità di una partecipazione più attiva e serena all'evento.

Si confrontano quindi due linee di pensiero: da un lato ci sono coloro che ritengono la sofferenza da parto una componente inscindibile dell'evento nascita, dall'altro coloro per i quali una vera umanizzazione della nascita non può realizzarsi in presenza della sofferenza e del dolore; da quest'ultima posizione scaturisce la necessità della applicazione della moderna analgesia ostetrica, attualmente penalizzata da un'insufficiente organizzazione ospedaliera.

I dati sempre più numerosi comparsi in letteratura sull'analgesia epidurale dimostrano la piena compatibilità di questa tecnica con un parto naturale e spontaneo, la sua efficacia nel controllo del dolore da parto, la sua estesissima applicazione e l'elevato grado di sicurezza sia per la madre che per il neonato. Questi dati autorizzano a considerare questo tipo di analgesia applicabile, efficace ed accettabile, nonostante i rischi intrinsecamente connessi alla procedura e le difficoltà di tipo organizzativo che si auspica vengano superate.

(tratto dal documento "La terapia del Dolore: orientamenti bioetici" pubblicato dal Comitato Nazionale di Bioetica nel marzo del 2001).

### **Situazione europea**

L'introduzione del parto indolore nel Regno Unito risale addirittura al 1928, ad opera del National Birthday Trust. Oggi 150.000 donne ogni anno scelgono di partorire con l'epidurale. Nelle grandi città il ricorso a questa metodica supera spesso il 60% dei parti spontanei.

In Svezia il Parlamento ha dichiarato il parto indolore un diritto della donna fin dal 1971, in Finlandia il Ministero della Salute si è pronunciato in tal senso nel 1977. L'88% delle donne scandinave programma l'uso di qualche metodica analgesica durante il parto e l'epidurale è la tecnica più diffusa, soprattutto in Svezia e Finlandia (40-50%).

La Francia ha cambiato il suo atteggiamento nei confronti dell'analgesia nel parto negli anni '90, grazie principalmente all'azione del Governo, che ha promosso alcune leggi per migliorare l'assistenza ostetrica compreso l'aspetto antalgico. La tecnica maggiormente diffusa è quella epidurale: nei grandi centri, la percentuale di donne che ricorre all'analgesia epidurale già nel 1995 raggiungeva il 48,9%.

Il 60% delle donne statunitensi ricorre all'epidurale per lenire il dolore da parto (2.400.000 casi nel 2002).

Per quanto riguarda l'Italia, l'analgesia epidurale è poco diffusa nel nostro

Paese; oltre che a fattori culturali e alla scarsa informazione sull'argomento ciò è sicuramente attribuibile al mancato riconoscimento economico da parte del SSN alle strutture sanitarie che decidono di fornire queste prestazioni. In Italia la decisione se attivare un servizio di partoanalgesia è lasciata alla libera iniziativa delle singole strutture ospedaliere e degli anestesisti.

Solo alcuni ospedali con "mission" nel campo materno-infantile garantiscono la partoanalgesia nell'arco delle 24 ore come elemento di richiamo per la propria utenza, accollandosi i conseguenti oneri di spesa. In alcune realtà, sia pubbliche che private, il servizio viene invece fornito esclusivamente in regime di libera professione, ma in genere con costi molto elevati. Ciò è da attribuire al gravoso impegno per i sanitari coinvolti, che devono assicurare la loro presenza a qualsiasi ora del giorno e della notte per una prestazione la cui durata è oltretutto assolutamente imprevedibile.

E' opinione diffusa tra gli operatori che la disponibilità di un servizio di partoanalgesia possa anche ridurre il ricorso al taglio cesareo. Le donne non scelgono il taglio cesareo, ma sono indotte a sceglierlo se non si offre loro la possibilità di partorire con minore sofferenza.

### **Modalità di intervento**

Esistono numerose teorie sulle modalità di intervento sul dolore del parto. Tutte le tecniche che non utilizzano farmaci o strumentazione invasiva (preparazione psicologica, training autogeno, ipnosi, agopuntura ecc.) hanno dimostrato una buona efficacia antalgica, sfruttando fattori comuni che agiscono innalzando la soglia del dolore. Tali fattori includono la suggestione, la motivazione, la distrazione e la creazione di riflessi condizionati positivi, parto in acqua, ipnosi.

Talvolta, purtroppo, il dolore del travaglio supera le aspettative della donna, che necessita quindi di un intervento medico-farmacologico. Sapere che quando arriverà il momento della nascita non si proverà dolore, che un travaglio lungo non si tradurrà in una lunga sofferenza, che si può vivere il parto con gioia e serenità: a questo pensano le donne che sempre più spesso chiedono di partorire con l'aiuto dell'epidurale. L'analgesia epidurale continua consente infatti di controllare efficacemente il dolore, partorendo comunque in modo naturale e spontaneo. Alla crescente richiesta non corrisponde purtroppo ancora una adeguata risposta.

L'anestesista-ostetrico si confronta molto spesso con questa problematica.

Sono state descritte molte tecniche per l'abolizione, o la diminuzione del dolore durante il travaglio di parto, il cui utilizzo varia in relazione allo stadio del travaglio, alle condizioni della madre e del feto, all'esperienza dell'anestesista e del team ostetrico.

Se negli anni passati, in tema di anestesia ostetrica, l'interesse era focalizzato prevalentemente sulla sicurezza, e quindi sulla mortalità e morbilità materna e neo-

natale, attualmente non sussistono dubbi sulla esigenza di attrezzare ospedali in cui sia possibile, con ampi margini di competenza, assicurare a tutte le donne che lo desiderano condizioni di analgesia nel parto e di anestesia ostetrica supportate da protocolli ben definiti e validati.

Protocolli di analgo-anestesia peridurale per il parto vaginale spontaneo possono essere applicati a tutte le partorienti, previa visita anestesiológica, consenso e informazione della paziente e dell'ostetrico. I protocolli attualmente in uso presentano, accanto a linee guida abbastanza rigorose, caratteristiche di adattabilità a discrezione dell'anestesista, che potrà quindi modularli per ogni singolo caso ed esigenza. Essi prevedono la somministrazione di una minima dose test di anestetico locale a lunga durata d'azione (ropivacaina, bupivacaina o levo-bupivacaina 0,05-0,2%) e di un oppioide (sufentanil o fentanyl) opportunamente diluiti.

Nel caso si debba intervenire con un parto operativo, si potrà eseguire una anestesia peridurale, potenziando la dose dell'anestetico locale.

Come per ogni atto medico, deve essere posta estrema attenzione durante tutta la metodica per evitare l'insorgenza di complicanze o di sequele a distanza.

#### **Realtà italiana attuale**

Quanti sono gli Ospedali in Italia in grado di assicurare alle partorienti un'analgesia da parto in condizioni di sicurezza? In una indagine del '95, solo 17 ospedali in Italia affermarono di disporre di un servizio di analgesia peridurale. Nell'83% delle primipare e nell'84% delle multipare quindi non veniva effettuata alcuna analgesia. Emergeva un quadro caratterizzato da grosse limitazioni dovute spesso a circostanze contingenti, non di ordine scientifico, ma semplicemente organizzativo, come ad esempio la carenza, o addirittura l'assenza, di servizi specifici di anestesia ostetrica nella maggior parte degli ospedali.

Nel 2000 è stata effettuata una nuova indagine. Sono stati intervistati i responsabili dei Servizi di Anestesia di 93 Aziende Ospedaliere, 5 Policlinici generali, 1 Ospedale classificato, 2 strutture private convenzionate, 4 non precisate, per un totale di 105 nosocomi, tutti dotati di un reparto di ostetricia. Confrontando i dati del '95 con quelli del 2000 si rende evidente un aumento del numero dei centri forniti di un servizio di analgesia da parto (76), che comunque non copre che il 10% circa dei centri che hanno un Servizio di Ostetricia. La partoanalgesia non è garantita in tutte le strutture esaminate, ma solo in 46 centri, prevalentemente al Nord, con coperture orarie differenziate: 38 offrono una copertura oraria di 24 ore su 24, in 5 centri la copertura è di 12 ore e nei rimanenti 3 è di 6 ore. La realtà italiana è quindi ancor oggi gravemente deficitaria.

#### **Quali le ragioni?**

Esaminando i DRG di tipo chirurgico si osserva che le prestazioni anestesiológicas a supporto degli interventi sono ininfluenti sul peso del DRG, in quanto neppure nominate. Questa situazione fa sì che qualsiasi prestazione anestesiológica volta a lenire il dolore acuto, quale ad esempio il dolore da parto, non sia sostenuta da un corrispettivo finanziario. Altre problematiche sono riscontrabili nella purtroppo ancora scarsa cultura, anche da parte degli operatori sanitari sul problema Dolore, che viene ancora considerato da molti, troppi, un evento ineluttabile e per il quale non è il caso di sprecare energia e finanze. Vi sono, inoltre, ancora in Italia, ostacoli di tipo organizzativo, quali ad esempio, la carenza di medici specializzati in Anestesia, di personale paramedico ecc. Inaccettabile è il percorso, purtroppo molto diffuso, di proporre l'analgesia epidurale solo a pagamento, in regime di libera professione.

#### **Che cosa si può fare?**

Riassumiamo alcuni punti che sono stati discussi durante il Congresso all'Istituto Buzzi nel Gennaio 2004:

- svolgere un'adeguata campagna informativa affinché ogni donna possa essere informata sulle diverse opportunità di parto disponibili,
- informare il Ministero e i vari Consigli Regionali in merito agli standard organizzativi e di personale delle strutture sanitarie preposte all'Anestesia in Ostetricia, oltre che alla divulgazione informativa sul parto assistito e sulla metodica dell'analgesia peridurale,
- riaggiornare i DRG che riguardano il parto, in modo da considerare i costi relativi all'assistenza necessaria per l'attuazione del parto con analgesia epidurale, ed inserire tale voce,
- prevedere un potenziamento del personale sanitario dedicato ai punti nascita e all'assistenza al parto, in particolare anestesisti e paramedici, in modo da rendere possibile l'attuazione delle metodiche di parto indolore.

Queste richieste sono già state presentate alla Camera, alla XXII Commissione, come proposta di legge: "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato", e pubblicate sul Sole 24 ore Sanità del 31 Agosto-6 Settembre 2004, e, speriamo di giungere finalmente, in tempi non lunghi, alla soluzione positiva di questo importante problema socio-sanitario.

**1 Comitato Nazionale di Bioetica. La Terapia del Dolore: aspetti bioetici. 2001**

# ANALGESIA DEL TRAVAGLIO: PROVE, PRATICHE E CONTROVERSIE

**Autore: Lombardo Pietro, medico ostetrico ginecologo, A.S.O.**

**Materno Infantile O.I.R.M. - S. Anna di Torino**

**Revisore: Castagneri Michela, ostetrica, Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Torino**

Il dolore del travaglio di parto è una delle possibili preoccupazioni per le donne in gravidanza. L'argomento interessa circa cinquecentomila donne e loro famiglie ogni anno in Italia. Tutti concordiamo con il principio che si dovrebbe intervenire sulla nascita solo con trattamenti che abbiano dimostrato (evidence based medicine, EBM) di essere vantaggiosi per lo stato di salute di madre e bambino, esiste però un accordo minore nella pratica clinica su quali siano i metodi migliori per raggiungere gli obiettivi di salute<sup>2</sup>. Indicativo è il caso delle strategie per alleviare il dolore del travaglio. Molte controversie in questo campo nascono perché alcuni fautori dell'analgisia epidurale, procedura che rappresenta l'analgisia tecnologica per eccellenza, lamentano forti resistenze negli operatori e diffidenza nelle donne alla diffusione della procedura a tutti i travagli<sup>3,4,5</sup>. Altri denunciano invece il frequente uso non appropriato della tecnologia medica nella nascita<sup>6</sup>, di cui l'epidurale offerta indiscriminatamente a tutte le donne è uno degli aspetti segnalati con più rilievo anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>7</sup>. Si può tentare di sanare la controversia con iniziative di confronto, come ad es. il progetto americano "The nature and management of labor pain"<sup>8</sup>, che aiutino le donne in gravidanza, gli operatori, gli amministratori e i media a capire quali siano le migliori prove scientifiche sulla sicurezza e sull'efficacia del trattamento del dolore del travaglio.

Le prove scientifiche per la pratica clinica o prove di efficacia sono fornite dagli studi utili a dimostrare se un trattamento sia in grado di modificare in senso favorevole il corso naturale di una malattia o di un sintomo come il dolore del travaglio<sup>9</sup>. Gli studi possono appartenere a livelli diversi di validità. In ordine crescente, si distinguono: l'opinione di un comitato di esperti eventualmente supportata da casistiche cliniche, lo studio di confronto retrospettivo caso-controllo, lo studio di con-

fronto prospettico di coorte, lo studio randomizzato controllato (RCT). Gli RCT sono gli studi di efficacia con migliore validità di prova perché prevedono il confronto fra soggetti assegnati casualmente ad un diverso trattamento, ad es. epidurale rispetto ad analgesia non epidurale, riducendo così gli errori sistematici degli studi. Purtroppo la conduzione degli RCT è difficile e costosa, perciò di solito il numero dei soggetti in ogni RCT è limitato, così la potenza statistica e la validità dello studio. Per ovviare a questo problema si ricorre all'accorgimento tecnico della metanalisi in modo da aumentare il numero di soggetti e la potenza statistica, si effettua cioè l'assemblaggio dei risultati di più RCT condotti ad es. sul confronto epidurale - non epidurale rispetto alla riduzione del dolore o alla frequenza dei parti operativi<sup>10</sup>. Da diversi anni un istituto internazionale, The Cochrane Collaboration<sup>11</sup>, produce metanalisi su diversi argomenti ostetrici. Ogni metanalisi è parte integrante di una revisione sistematica della letteratura su un determinato argomento.

## Caratteristiche del dolore in travaglio e metodi analgesici

La riduzione del dolore in travaglio è fortemente associata alla sensazione di controllo delle donne<sup>12</sup> e alla loro conoscenza della probabilità degli eventi che riguardano l'esperienza del parto<sup>13</sup>. Infatti, possono essere riconosciute due principali componenti del dolore: quella fisica, viscerale, dovuta agli stimoli nocicettivi delle contrazioni miometriali e trasportata dalle fibre nervose fino al telencefalo, e quella psicologico-emotiva, cerebrale, dovuta alla paura dell'ignoto, di un evento ineluttabile che potrebbe essere portatore di fatiche superiori alle proprie forze o di fatti terribili. Durante il travaglio, le due componenti possono influenzarsi a vicenda, nel senso che un disagio emozionale di solito determina l'abbassamento della soglia del dolore (la persona in travaglio percepisce più dolore) e nel senso che l'impatto del dolore fisico delle contrazioni può contribuire a sostenere la presenza del disagio psico-emotivo. Per i suddetti motivi, nessun metodo analgesico è di per sé soddisfacente per alleviare il dolore del travaglio in tutte le persone assistite ed è più vantaggioso offrire un ventaglio di possibilità dal quale loro possono scegliere. Gli operatori possono aiutare le donne fornendo informazioni corrette (EBM) sui vantaggi e svantaggi delle varie possibilità e assistendole nel loro uso<sup>14</sup>.

Descrivere vantaggi e svantaggi dei diversi metodi analgesici è l'obiettivo del presente contributo. Il dolore del travaglio è associato alla funzione fisiologica della nascita, alla sopravvivenza individuale e di specie, non causa di per sé morbilità o mortalità, perciò non deve essere trattato sistematicamente come patologico<sup>15</sup>. Sono relativamente frequenti i parti di breve durata o con soglia del dolore elevata, nei quali è sufficiente per la persona in travaglio una buona accoglienza e modeste

misure di rispetto e di confort. La situazione migliore nei servizi di maternità è poter offrire molte possibilità analgesiche, perché nessun metodo di per sé è soddisfacente per tutte le persone in travaglio.

### **Misure di confort**

Sono di confort per la persona in travaglio, fra le moltissime opzioni, le misure di riduzione degli stimoli fastidiosi, la possibilità di muoversi e di assumere posizioni diverse, il massaggio, le applicazioni calde o fresche.

Riduzione degli stimoli fastidiosi. Alcune disposizioni, che sono vissute come attività routinarie da parte degli operatori, possono essere fonte di fastidio e disagio per la persona assistita: l'obbligo a letto, il digiuno, l'infusione endovenosa in continua, la cardiocografia in continua, le esplorazioni vaginali frequenti, la mancanza di privacy, la separazione dai familiari, i rumori, le luci luminose, la temperatura elevata. Correggere o eliminare queste disposizioni, quando non è dimostrato che comportino benefici clinici od organizzativi, aumenta il confort e riduce la necessità di ricorrere a metodi analgesici farmacologici. Non ci sono prove di efficacia su questo argomento, ma aneddoticamente le disposizioni inutili o in eccesso o in continua hanno un effetto avverso<sup>16</sup>.

Possibilità di muoversi e assumere posizioni diverse. La possibilità di muoversi aumenta il senso di controllo della persona sul proprio travaglio che di conseguenza ha minor necessità di ricorrere all'analgesia<sup>17</sup>. Le posizioni verticali, assumendo le quali è più facile muoversi, migliorano il confort materno durante la fase attiva del travaglio<sup>18</sup>. Un RCT condotto su 517 persone in travaglio ha dimostrato che le posizioni verticali durante il periodo espulsivo determinano una percezione minore del dolore intenso<sup>19</sup>.

Massaggio. Il suggerimento, basato su un piccolo RCT di 28 persone in travaglio, è che il massaggio da parte del partner riduce ansia, dolore, la durata del travaglio e quella del ricovero<sup>20</sup>.

Applicazioni calde o fresche. Non vi sono studi di confronto che dimostrino che la doccia calda oppure l'applicazione di compresse calde o di borse di ghiaccio all'inguine, alla schiena, alle articolazioni doloranti riducano il dolore del travaglio. La loro utilità nel rilasciare la tensione muscolare durante il travaglio è però universalmente riconosciuta.

### **Strategie analgesiche non farmacologiche**

Continuità assistenziale durante la gravidanza ed il parto. Una revisione sistematica Cochrane su 2 RCT che includono 1815 madri dimostra che ricevere assistenza durante la gravidanza, il parto ed il puerperio da parte della stessa ostetrica

o da parte dello stesso gruppo di ostetriche, rispetto ad un'assistenza fornita in modo frammentato da operatori diversi, comporta molti vantaggi, fra i quali quello di dover ricorrere significativamente meno ai metodi analgesici farmacologici<sup>21</sup>. Attualmente, nel nostro Paese, l'assistenza alla nascita è però per lo più fornita in modo frammentario<sup>22</sup>. La possibilità di essere assistite con continuità dallo stesso gruppo di ostetriche è però attuata con successo in alcune esperienze sia private<sup>23,24</sup> che pubbliche<sup>25,26,27</sup>.

Supporto continuo in travaglio. Le persone in travaglio hanno un forte bisogno di essere supportate da persone conosciute, di fiducia, con le quali si trovano in sintonia. Il supporto in travaglio può esprimersi in diversi modi: un supporto emozionale volto a favorire l'acquisizione del controllo da parte della persona sul proprio parto (empowerment) che prevede l'ascolto, la rassicurazione, l'incoraggiamento, la presenza continua, un supporto informativo nel quale si forniscono spiegazioni ad es. sull'andamento del travaglio e sul benessere del bambino, un supporto fisico nel quale si offrono misure di conforto alla persona come il massaggio o l'applicazione di compresse calde o fresche e un supporto cosiddetto "a favore" nel quale ci si fa portatori verso gli altri operatori e verso le altre persone dei desideri e delle richieste della persona assistita<sup>28</sup>. Una revisione sistematica Cochrane su 15 RCT che includono quasi 13.000 madri dimostra che ricevere un supporto continuo, da parte di un'ostetrica od altra donna che abbia qualche esperienza nel supporto alle persone in travaglio, determina diversi vantaggi, fra i quali una riduzione significativa del ricorso all'analgesia farmacologica<sup>29</sup>. Le ostetriche e i medici dovrebbero accogliere bene e favorire il supporto emozionale, fisico e "a favore" che persone senza ruolo sanitario possono offrire<sup>30</sup>. In base alle prove di efficacia esistenti, prima di offrire l'epidurale o altra analgesia farmacologica, la persona in travaglio dovrebbe sempre ottenere la presenza in continua di una operatrice di supporto, oltre la presenza del proprio partner<sup>31</sup>.

Aromaterapia. Un RCT che confronta l'utilizzo dell'aroma di 2 oli essenziali, ginger e citronella, in 22 travagli è troppo piccolo per fornire indicazioni utili<sup>32</sup>. Una casistica inglese di circa 8000 travagli che avevano utilizzato l'aromaterapia, sui quasi 60.000 avvenuti in nove anni presso un ospedale, riporta che tale presidio riduce il ricorso ai metodi analgesici farmacologici; ad es. l'uso della petidina si ridusse, negli anni, dal 6 allo 0,2% a favore dell'uso dell'aromaterapia; nello studio fu però riportata una modesta percentuale, 1%, di effetti non desiderati, come reazioni allergiche, cefalea e nausea<sup>33</sup>.

Strategie cognitive. Seppur non esistono studi di confronto al riguardo, molte madri riportano di trovare grande giovamento con l'uso delle tecniche di respirazione, vocalismi e gemiti, visualizzazione, ripetizione di affermazioni positive quali "il mio corpo è forte e ce la farà", etc., probabilmente perché esse aiutano ad



umentare il senso di farcela, di riuscire. Occorre però esercitarsi su tali tecniche prima del travaglio, ad es. durante i corsi di accompagnamento alla nascita.

**Immersione in acqua.** Una revisione sistematica su 8 RCT che includono quasi 3000 madri dimostra che l'immersione in acqua, rispetto alla non immersione, durante il I stadio del travaglio (periodo prodromico e dilatante) riduce il ricorso ai metodi analgesici farmacologici, in particolare all'epidurale, senza incremento della durata del travaglio, dei parti operativi e degli esiti perinatali sfavorevoli. Uno solo degli RCT tratta anche il parto in acqua, ma lo studio è troppo piccolo per dare indicazioni utili<sup>34</sup>. Quindi, l'immersione in acqua durante il I stadio comporta chiari vantaggi per la madre. Anche in caso di distocia (rallentamento del travaglio), l'immersione in acqua rispetto all'amnioressi e all'infusione di ossitocina riduce il dolore, senza incremento della lunghezza del travaglio e del tasso dei parti operati<sup>35</sup>. L'immersione durante il II stadio (periodo espulsivo) ed il III (secondamento) è però controversa<sup>36</sup>. Raccomandazioni: nel momento della nascita, il bambino deve essere completamente sommerso, quindi portato delicatamente e senza indugio in superficie in maniera che i suoi primi respiri avvengano in aria; la temperatura dell'acqua deve essere a 36-37° C e deve essere misurata regolarmente; le feci materne, il meconio e i coaguli devono essere drenati; la vasca deve essere pulita e disinfettata prima e dopo l'uso al fine di ridurre il rischio di infezione<sup>37</sup>.

**Ipnosi.** Una revisione sistematica su 3 RCT, che complessivamente include 189 madri, riporta che quelle che avevano ricevuto ipnosi in travaglio sono più soddisfatte del controllo del dolore rispetto alle madri che non avevano ricevuto ipnosi<sup>38</sup>. L'ipnosi non interferisce con la durata del travaglio o con la forza delle spinte e riduce il ricorso all'analgesia farmacologica. Essa ha però lo svantaggio di richiedere un esperto in terapia ipnotica ed inoltre solo una parte delle persone sono ipnotizzabili con successo<sup>39</sup>.

**Agopuntura.** Un RCT svedese, condotto su 90 travagli, che confrontava l'agopuntura rispetto alla non agopuntura riporta una significativa riduzione del ricorso all'epidurale nelle persone sottoposte ad agopuntura<sup>40</sup>. La tecnica richiede però un operatore esperto per essere eseguita con successo.

### **Analgesia farmacologica**

Farmaci utilizzati nell'analgesia del travaglio sono prevalentemente gli oppioidi per via parenterale e quelli somministrati mediante la tecnica peri/epidurale (analgesia loco regionale).

**Analgesia parenterale.** Gli oppioidi sono utilizzati per alleviare il dolore soprattutto di origine viscerale. Fra essi, la petidina (meperidina) produce analgesia di breve durata e meno potente, per cui è stata frequentemente utilizzata per l'anal-

gesia del travaglio; spesso però la morfina e la diamorfina (eroina, non in commercio in Italia) le sono state preferite per la maggiore potenza analgesica nel dolore ostetrico<sup>41</sup>. Anche il fentanil è stato usato in travaglio per la sua rapidità e brevità d'azione<sup>42</sup>. In realtà, gli oppioidi, in travaglio, hanno effetto analgesico modesto ed esplicano soprattutto una pesante sedazione che sembra soverchiare il dolore, ma in effetti riduce la lucidità mentale e confonde la persona in travaglio. Un piccolo RCT svedese, condotto su 20 travagli con l'obiettivo di confrontare l'effetto analgesico della petidina con quello della morfina, riporta che i risultati sul dolore furono modesti nei due gruppi di trattamento, che le persone in travaglio erano significativamente sedate e a volte cadevano addormentate per svegliarsi durante le contrazioni a causa del dolore percepito<sup>43</sup>. La sedazione si trasmette al bambino e può causare depressione respiratoria, attenzione ridotta, suzione ridotta<sup>44</sup>. L'emivita degli oppioidi nel bambino è maggiore che nella madre, ed è maggiore della durata media dei travagli. Infatti, il massimo di depressione neonatale della petidina è stato evidenziato quando l'oppioide è stato somministrato alla madre in travaglio più di 3 ore prima del parto<sup>45</sup>.

Una revisione sistematica di 48 RCT, che complessivamente include più di 9.800 persone che hanno utilizzato oppioidi in travaglio<sup>46</sup>, ha assemblato i risultati degli RCT che hanno confrontato

- petidina intramuscolare rispetto ad un placebo: un maggior numero di donne ed operatori erano soddisfatti con l'uso della petidina,
- petidina intramuscolare rispetto ad altri oppioidi intramuscolo: simili effetti antidolorifici, collaterali (nausea e vomito), parti operativi, esiti neonatali,
- dosaggi diversi dello stesso oppioide intramuscolare: per lo più aumentando la dose aumenta l'effetto analgesico,
- petidina per via endovenosa rispetto all'intramuscolare: la via endovenosa ha effetto analgesico maggiore,
- petidina per via endovenosa rispetto ad altri oppioidi endovena: effetti simili sul dolore, travaglio, parto, nausea e vomito, esiti neonatali,
- dosaggi diversi della petidina e del fentanil per via endovenosa: non differenze
- oppioidi parenterali (petidina intramuscolo, petidina endovena, fentanil endovena) rispetto all'epidurale: questa ha un effetto antidolorifico sempre maggiore degli oppioidi nei differenti stadi del travaglio e nel postpartum, essa può avere però svantaggi che possono aver maggior peso dei vantaggi<sup>47</sup>, inoltre sono maggiori la durata del I e del II stadio del travaglio ed il ricorso ad acceleranti, l'ossitocina, che possono mettere a rischio il benessere fetale, le malposizioni fetali, i parti vaginali operativi.

Occorre quindi segnalare che, se durante il travaglio si deve ricorrere ad un'a-

nalgesia farmacologica perché gli altri presidi analgesici non sono stati sufficienti, l'epidurale ha effetto antidolorifico maggiore dei farmaci sistemici. Infine, per terminare l'analisi dell'analgesia parenterale, non sembra corretto rispondere alla richiesta antidolorifica delle persone in travaglio somministrando farmaci antidolorifici, gli oppioidi, che ottengono soprattutto l'effetto di ridurre la lucidità di mente, confondere, far dimenticare l'evento vissuto e che possono determinare una maggior necessità di rianimazione neonatale.

Analgesia epidurale. In molti centri nascita, l'epidurale è proposta come soluzione delle ansie e dei timori che le persone in gravidanza possono avere verso il dolore del parto, senza una precedente disamina delle loro aspettative, del tipo di efficacia che la tecnica può avere e degli inconvenienti che possono derivare dal suo impiego<sup>48</sup>. Questo comportamento sembra avvenire perché, nel mondo medico, alla richiesta di un'analgesia del travaglio, spesso, si risponde con la somministrazione di farmaci o, più modernamente, dell'epidurale<sup>49</sup>, tralasciando i presidi analgesici di confort e non farmacologici perché considerati erroneamente poco efficaci o inadeguati per ridurre il dolore in un set tecnologicamente avanzato come le nostre sale travaglio. Eventuali aspettative, preoccupazioni e possibili soluzioni analgesiche, fra le quali la possibilità del ricorso all'epidurale, devono essere invece analizzate con la futura madre durante la gravidanza<sup>50</sup>. La tecnica epidurale, vantaggi e svantaggi rispetto alle altre analgesie, rischi, devono essere spiegati in linguaggio non tecnico affinché la persona assistita possa fare una scelta informata della procedura<sup>51</sup>.

In considerazione del formidabile effetto analgesico dell'analgesia epidurale, rispetto agli oppioidi, con mantenimento della normale lucidità mentale della persona, le principali indicazioni nel travaglio normale sono: i pochi casi nei quali, per patologie internistiche, è necessario evitare lo stress del travaglio, ad es. persone con insufficienza cardiaca o respiratoria o a rischio di accidente neurovascolare, i casi in cui la donna vive con estrema ansia e paura, in modo fobico, l'attesa del dolore del parto, i casi nei quali la donna in travaglio, pur ricevendo un supporto costante da parte del personale di assistenza, ha una sofferenza fisica che percepisce come intollerabile.

L'analgesia epidurale è un'iniezione di anestetico locale nella regione lombare della colonna vertebrale, vicino ai nervi che trasmettono il dolore associato con le contrazioni uterine. Spesso al fine di ridurre la dose dell'anestetico, es. bupivocaina o ropivacaina, ridurre il rischio di blocco motorio degli arti inferiori ed aumentare il tasso di parti vaginali spontanei si associa il fentanil o altro oppioide<sup>52</sup>. Regolazioni attente della dose di anestetico permettono di ottenere un buon effetto analgesico a basse dosi e di ridurre gli effetti indesiderati.

Studi osservazionali hanno segnalato diversi effetti indesiderati a breve termine più frequenti nell'uso dell'epidurale: blocco motorio oppure difficoltà alla deambu-

lazione, ipotensione arteriosa, ipertermia, prurito, ritenzione urinaria, lombalgia, cefalea. Effetti a lungo termine sono: cefalea persistente, lombalgia persistente, incontinenza urinaria, incontinenza fecale<sup>53</sup>.

L'ipotensione arteriosa materna, associata alla vasodilatazione periferica da blocco del sistema simpatico, può causare ridotto apporto di sangue ossigenato alla placenta con ipossia fetale che si può evidenziare alla cardiocografia. Per questo motivo, durante l'epidurale occorre misurare frequentemente la pressione arteriosa, infondere fluidi per fleboclisi e sorvegliare il benessere fetale mediante cardiocografia in continua<sup>54</sup>. La grave ipossia fetale, da prolungata ipotensione materna che si è verificata durante l'applicazione dell'epidurale, è stata chiamata in causa nel contenzioso legale per una paralisi cerebrale infantile<sup>55</sup>.

Una revisione sistematica Cochrane di 11 RCT, che include oltre 3.000 persone in travaglio, evidenzia che l'epidurale è associata ad un effetto antidolorifico maggiore degli oppioidi, a durata maggiore del I e del II stadio del travaglio, a maggiore ricorso di acceleranti, quali l'ossitocina, che possono mettere a rischio il benessere fetale, ad incremento delle malposizioni fetali e dei parti vaginali operativi<sup>56</sup>.

Un'altra revisione sistematica sullo stesso argomento raccoglie 14 RCT (9 RCT della precedente revisione Cochrane + 5 RCT non inclusi nella revisione Cochrane) e include oltre 4.000 persone in travaglio, però basandosi su una metodologia diversa di raccolta degli RCT<sup>57</sup>. Essa evidenzia, come la revisione Cochrane, che l'epidurale è associata ad un effetto antidolorifico maggiore degli oppioidi, a durata maggiore del II stadio del travaglio e a maggiore utilizzo di ossitocina. Essa però riporta anche una maggiore frequenza di ipotensione arteriosa e di febbre materna e, contrariamente alla revisione Cochrane, non evidenzia una durata maggiore del I stadio del travaglio e un incremento dei parti vaginali operativi.

Una terza revisione sistematica, condotta con l'obiettivo di evidenziare gli effetti indesiderati e i rischi dell'epidurale, raccoglie 24 studi (4 RCT, 7 studi prospettici di coorte e 13 studi retrospettivi) classificandoli a seconda della qualità epidemiologica. A causa dell'inclusione di studi di diversa validità di prova e della criticabile classificazione della loro qualità epidemiologica, i risultati della revisione non forniscono indicazioni chiare sugli effetti e sui rischi dell'epidurale<sup>58</sup>. Inoltre essa è stata aspramente criticata per le sue conclusioni a favore della diffusione dell'epidurale<sup>59</sup>.

Per terminare l'analisi dell'analgesia epidurale, si riassumono i suoi vantaggi<sup>60</sup>. effetto analgesico soddisfacente sul dolore provocato dalle contrazioni, mantenimento della normale lucidità mentale della persona in travaglio, mantenimento della capacità di muoversi e camminare nella somministrazione a basse dosi e ben regolata dell'anestetico. Si riassumono anche gli svantaggi più frequenti o clinicamente rilevanti: necessità di sorvegliare il benessere fetale mediante cardiocogra-

grafia in continua, aumento della lunghezza del travaglio, soprattutto del periodo espulsivo, dell'utilizzo di ossitocina, del rischio di parto con ventosa o forcipe, della frequenza di ipertermia materna, di ipotensione materna con possibile ipossia fetale e cardiocografia patologica. È possibile infine, nel 10-20% dei casi, che la persona in travaglio non ottenga l'effetto analgesico desiderato.

### Conclusioni

L'attrazione avvenuta negli ultimi decenni verso l'epidurale in travaglio non è spiegabile con le prove di efficacia derivanti dalla ricerca clinica. I ricercatori, gli operatori e le persone in gravidanza dovrebbero indirizzare maggiormente l'attenzione verso le misure di confort e verso i metodi non farmacologici di controllo del dolore. Questi non hanno gli effetti indesiderati dell'epidurale e non incrementano la spesa sanitaria. La continuità assistenziale durante la gravidanza ed il parto da parte delle ostetriche e il supporto continuo in travaglio si basano inoltre su autorevoli prove di efficacia. Favorire tali metodi e facilitare i cambiamenti strutturali ed organizzativi che permettono il loro utilizzo sembra essere quindi un modello assistenziale appropriato alla luce della ricerca clinica.

### Bibliografia

- 1 Liberati A. Origini e principi della medicina delle prove di efficacia. In: a cura di Liberati A. La medicina delle prove di efficacia, potenzialità e limiti della evidence based medicine. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997; 3.
- 2 Enkin M.W., Keirse M.J.N.C., Neilson J.P., Crowther C., Duley L., Hodnett L., Hofmeyr J. A. guide to effective care in pregnancy and childbirth - Third edition. Oxford University Press, Oxford (UK), 2000; 3.
- 3 Vigna A. Scienze della vita nel travaglio da parto La soppressione del dolore. Nuove tecniche, nuova mentalità. *Tuttoscienze* 24/02/199. <http://digilander.libero.it/arti2000/ts99/990224.htm> (accesso 12 gennaio 2005)
- 4 Margaria E. Perché pochi centri per l'analgesia peridurale. *Area Artemisia News*, Aprile 2003. [http://www.artemisia.it/news\\_file/margaria.htm](http://www.artemisia.it/news_file/margaria.htm) (accesso 12 gennaio 2005)
- 5 Sortino G., Rotta S., Licari E., Bernoni M. Questionario sulle modalità di conoscenza dell'analgesia epidurale in travaglio di parto e fattori che influiscono sulla scelta della struttura ospedaliera. 58° Congresso Nazionale SIAARTI, Genova 27/10/2004. <http://siaarti.visioni.info/html/poster.cfm?id=538> (accesso 12 gennaio 2005)
- 6 Terzian E., Regalia A.L. Né arte né scienza: il caso dell'assistenza ostetrica. *Ricerca e pratica* 1993; 54:165-178.
- 7 World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. WHO Geneva, 1996.
- 8 Caton D, Corry M.P., Frigoletto F.D., Hopkins D.P., Lieberman E., Mayberry L.,

- Rooks J.P., Rosenfield A., Sakala C., Simkin P., Young D. The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:S1-15.
- 9 Cochrane AL. L'inflazione medica - Efficacia ed efficienza nella medicina. Feltrinelli, Milano, 1978; 43.
  - 10 Howell C.J. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, U.K.: John Wiley & Sons, Ltd.
  - 11 Centro Cochrane Italiano. [www.cochrane.it](http://www.cochrane.it) (accesso 10 aprile 2005)
  - 12 Knapp L. Childbirth satisfaction: the effects of internality and perceived control. *J. Perinat Educ* 1996;5(4):7-16.
  - 13 Moore S. Psychology of pain in labour. In: Moore S. ed. *Understanding pain and its relief in labour*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997:47-6
  - 14 Midirs. Informed choice for professionals: Non-epidural strategies for pain relief during labour. *MIDIRS* 2003; 6.
  - 15 Bestetti G., Vegetti Finzi S. Senso del nascere e del mettere al mondo: l'analgesia nel dolore del parto. *Nascere* 1997; 71: 7-10.
  - 16 Page L.A. Keeping birth normal. In: Page L. ed. *The new midwifery - science and sensitivity in practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000:105-21.
  - 17 Albers L.L., Anderson D., Cragin L., Daniels S.M., Hunter C., Sedler K.D. The relationship of ambulation in labor to operative delivery. *Journal of Nurse Midwifery* 1997;42:1:4-8
  - 18 Simkin P., Hara M. Nonpharmacological relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186:5:5131-59
  - 19 de Jong P., Johanson R., Baxen P., Adrians V., van der Westhuisen S., Jones P. Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:567-71.
  - 20 Field T., Hernandez-Reif M., Taylor S. et al. Labor pain is reduced by massage therapy. *J. Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:286-91.
  - 21 Hodnett E.D. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
  - 22 Donati S., Grandolfo M., Giusti A. L'assistenza alla nascita nelle indagini dell'Istituto Superiore di Sanità. In: *Atti del convegno "Percorso nascita fra territorio ed ospedale"*. ASL Ravenna, Associazione Culturale Pediatri Puglia e Basilicata, Società Scientifica Andria, Matera 22-23/10/200, pag. 91.
  - 23 Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio e Case di Maternità. *Nascere in casa*. [www.nascereacasa.it/cartina](http://www.nascereacasa.it/cartina) (accesso 12 aprile)
  - 24 Campiotti M. Casa di maternità Monteallegro. [www2.varesenews.it/articoli/2004/gennaio/varese-laghi/28-1marta.htm](http://www2.varesenews.it/articoli/2004/gennaio/varese-laghi/28-1marta.htm) (accesso 12 aprile 2005)

- 25 Olocco L. M. Parto a domicilio, primi passi di un'associazione di genitori. *Notiziario Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM-S. Anna di Torino* 2003;2:16.
- 26 Alimonti D., Nobile MG, Sartori M. Continuità assistenziale ostetrica. In: Atti del convegno "Percorso nascita fra territorio ed ospedale". ASL Ravenna, Associazione Culturale Pediatri Puglia e Basilicata, Società Scientifica Andria, Matera 22-23/10/2004, pag.115.
- 27 Ferretti M. La casa di maternità Centro Nascita Serristori. In: Atti del convegno "Percorso nascita fra territorio ed ospedale". ASL Ravenna, Associazione Culturale Pediatri Puglia e Basilicata, Società Scientifica Andria, Matera 22-23/10/2004, pag. 127.
- 28 Midirs. Informed choice for professionals: Support in labour. MIDIRS 2003; 2.
- 29 Hodnett E.D. Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 2.
- 30 Midirs. Informed choice for professionals: Support in labour. MIDIRS 2003; 5.
- 31 Thornton J.G., Lilford R.J. Active management of labour: current knowledge and research issues. *BMJ* 1994; 309:366-9.
- 32 Calvert I. The evaluation of the use of herbal substances in the bath water of labouring women. Personal communication 2000
- 33 Burns E.E., Blamey C., Ersser S.J., Barnetson L., Lloyd A.J. An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *J. Altern Complement Med* 2000; 6:141-7.
- 34 Cluett E. R., Nikodem V.C., McCandlish RE, Burns E.E. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
- 35 Elizabeth R. Cluett, Ruth M. Pickering, Kathryn Getliffe, Nigel James St. George Saunders. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *BMJ* 2004; 7; 328:314-19.
- 36 Rosser J. Is waterbirth safe? The facts behind the controversy. *MIDIRS Midwifery Dig* 1994; 4:4-6.
- 37 Midirs. Informed choice for professionals: The use of water during childbirth. MIDIRS 2003; 5.
- 38 Smith, C.A.; Collins, C.T.; Cyna, A.M.; Crowther, C.A. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
- 39 Mantle F. The role of hypnosis in pregnancy and childbirth. In: Tiran D., Mack S. eds. *Complementary therapies for pregnancy and childbirth*. Bailliere Tindall 2000: 215-24.
- 40 Ramnero A., Hanson U, Kihlgren M. Acupuncture treatment during labour - a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2002;109:637-44.
- 41 Ministero della Salute, Direzione Generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza. Guida all'uso dei farmaci, sulla base del British National Formulary. Anno 2003, pag. 165-170.
- 42 ACOG practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Number 36, July 2002. *American College of Obstetrics and Gynecology*, p 2.
- 43 Olofsson C., Ekblom A., Ekman-Ordeberg G., Hjelm A., Irestedt L. Lack of analgesic effect of systemically administered morphine or pethidine on labour pain. *Br J. Obstet Gynaecol* 1996;103:968-72.
- 44 Herbst A, Wolner-Hanssen P, Ingemarsson I. Risk factors for acidemia at birth. *Obstet Gynecol* 1997;90:125-30.
- 45 Brice JE, Moreland TA, Walker CH. Effects of pethidine and its antagonists on the newborn. *Arch Dis Child* 1979;54:356-61.
- 46 Bricker L., Lavender T. Parenteral opioids for labor pain relief: a systematic review. *Am J. Obstet Gynecol* 2002;186:S94-109.
- 47 Midirs. Informed choice for professionals: Non-epidural strategies for pain relief during labour. MIDIRS 2003; 2.
- 48 Lombardo P., Bontempo S., Gaglioti P., Plazzotta C., Preve C.U., Todros T. Analgesia Peridurale in travaglio di parto. *Perspectives in Gynaecology and Obstetrics* 1997; 2: 183-188.
- 49 ACOG practice bulletin. Obstetric analgesia and anesthesia. Number 36, July 2002. *American College of Obstetrics and Gynecology*.
- 50 Eltzschig HK, Lieberman ES, Camann WR. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* 2003;348:319-32.
- 51 Paech MJ, Gurrin LC. A survey of parturients using epidural analgesia during labour. Considerations relevant to antenatal educators. *Aust N. Z. J. Obstet Gynaecol* 1999;39:21-5.
- 52 Collis RE, Baxandall M.L., Srikantharajah I.D., Edge G., Kadim M.Y., Morgan BM. Combined spinal epidural (CSE) analgesia: technique, management, and outcome of 300 mothers. *Int J. Obstet Anesth* 1994;3:75-81.
- 53 Midirs. Informed choice for professionals: The use of epidural analgesia for women in labour. MIDIRS 2003; 5.
- 54 Mayberry L.J., Clemmens D., De A. Epidural analgesia side effects, co-interventions and care of women during childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:S81-93.
- 55 Iadecola G. Cassazione/confermata la condanna per un medico in formazione specialistica. *Il Sole 24 ore, Sanità*, 7-13 settembre 2004, p 19.

- 56 Howell C. J. Epidural versus non-epidural analgesia for pain relief in labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 1.
- 57 Leighton B.L., Halpern SH. The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. Am J. Obstet Gynecol 2002; 186:S69-77.
- 58 Nystedt A., Edvardsson D., Willman A. Epidural analgesia for pain relief in labour and childbirth - a review with a systematic approach. J. Clin Nursing 2004;13:455-466.
- 59 Mander R. Commentary on Nystedt A., Edvardsson D., Willman A. (2004) Epidural analgesia for pain relief in labour and childbirth - a review with a systematic approach. Journal of Clinical Nursing 13,455-466. J. Clin Nursing 2004;13:779-781.
- 60 Midirs. Informed choice for professionals: The use of epidural analgesia for women in labour. MIDIRS 2003; 6.

## Il nostro dolore da parto

### Esperienza di lavoro d'equipe presso

#### l'Ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina di Roma

Vito Chiantera, Manuela Rivellini, Stefania Caruso\*\*,  
Imma D'Ambra\*, Piero Iacobelli

C. Pizzi \*, P. Forleo\*, P. Fusco\*, M.G. Pellegrini\*, E. Cirese\*, M.G. Frigo \*\*

Ospedale "S. Giovanni Calibita" Fatebenefratelli - Isola Tiberina - Roma

\* Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino (Direttore: Prof. E. Cirese)

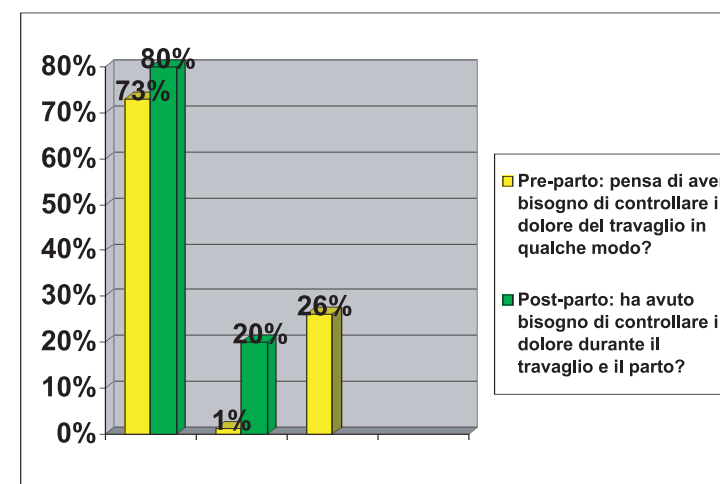
\*\* Dipartimento di Anestesia e Rianimazione (Direttore: Prof. D. Celleno)

È davvero necessario controllare il dolore durante il travaglio e il parto?  
Lo abbiamo chiesto a chi quest'esperienza la vive "strettamente da vicino": la donna.

Già prima di affrontare il travaglio e il parto, negli ultimi mesi di gravidanza, sono molte le donne che mostrano una certa sensibilità e un vivo interesse per questo argomento e la maggior parte di loro si è già orientata sul proprio bisogno di poter gestire il dolore da parto e sulle diverse modalità per poterlo fare. (fig.A)

#### A. Controllo del dolore in travaglio

Ospedale Fatebenefratelli -Isola Tiberina -Roma



Senza dubbio, possiamo affermare che il dolore da parto è costituito da due componenti principali, una fisica e una psico-culturale.

La prima è strettamente legata ai meccanismi fisiologici che generano e trasmettono la sensazione dolorosa all'interno dell'organismo umano ed è quindi più oggettivabile, la seconda, invece, comprende tutti quei fattori psicologici (il vissuto personale) e socio-culturali che sono propri di ogni singolo individuo e che rendono la percezione dello stimolo doloroso diversa da donna a donna.

Non meno importante e di certo da non sottovalutare per una comunità sempre più multietnica, qual'è la nostra, è il significato sociale del dolore da parto, che assume connotazioni del tutto distinte in società appartenenti a paesi differenti, e il diverso ruolo che la figura femminile riveste all'interno di esse.

Sono questi tutti fattori non trascurabili per chi si dedica all'assistenza alla donna durante il travaglio e il parto e mira a fornire un servizio di qualità nel benessere di mamma e bambino e nella soddisfazione di quelle che sono le esigenze della donna e della coppia.

Prendendo quanto appena detto a fondamento della nostra professione e consapevoli di come anche il controllo del dolore da parto sia entrato a far parte dei bisogni confidatici dalle donne in gravidanza, il nostro primo passo come operatori sanitari, ostetriche e medici, è quello di dare loro, anche su questo argomento, un'informazione che sia il più possibile esauriente e obiettiva al fine di promuovere una scelta consapevole e del tutto personale.

Successivamente è importante ricordare come una gestione ostetrica che rispetti i tempi fisiologici del travaglio, che eviti l'abuso di pratiche ostetriche e che miri a ridurre l'ansia e a creare un ambiente e un clima confortevole per la donna in travaglio, possa essere un fondamentale passo verso l'eliminazione di tutti quei fattori che possono incrementare il dolore durante il travaglio e il parto. (6)

Come ben sappiamo, attualmente, diverse sono le modalità che consentono alla donna di gestire questo tipo di dolore e possono essere classificate in due categorie: i metodi naturali e quelli che prevedono l'utilizzo di farmaci analgesici.

Il primo gruppo comprende tutti quei metodi che invitano la donna a concentrarsi sulle proprie risorse interiori e sul proprio corpo e a servirsi del movimento, della scelta delle posizioni da assumere durante il travaglio o in fase espulsiva, della respirazione (RAT), dell'utilizzo dell'acqua (calda/fredda), del massaggio (shiatzu, riflessologia plantare, ecc...) per lenire la sensazione dolorosa (5); diversamente, altri metodi, in primo l'analgia epidurale, mirano a eliminare la componente dolore attraverso l'uso di farmaci.

Anche nella nostra struttura, dove abbiamo cercato di creare un ambiente che fosse

il più adeguato e confortevole possibile per accogliere il momento nascita, lasciamo che sia la donna stessa a scegliere come controllare il dolore del travaglio e del parto.

Accompagnata in una delle sale travaglio-parto da una persona a lei cara, perlopiù il partner, compatibilmente con quelle che sono le condizioni ostetriche e di benessere della coppia madre-bambino, la donna è libera di vivere questo momento come ritiene più opportuno: può concentrarsi sul respiro e sul proprio corpo, può muoversi e assumere posizioni diverse per il travaglio e il parto, può utilizzare la doccia nella propria stanza e il massaggio di una mano "amica"(partner, ostetrica), può utilizzare l'analgia epidurale.

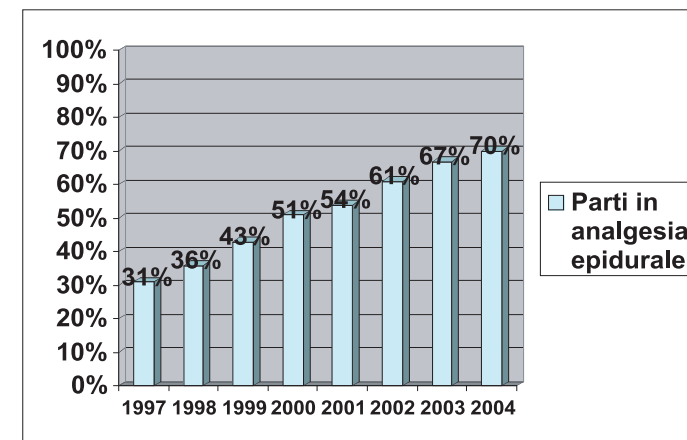
Questo tipo di tecnica è stata introdotta nel nostro ospedale già nel 1982 e nel 1996 è avvenuto l'ingresso in sala parto di una nuova figura che è entrata a far parte a tutti gli effetti dell'equipe assistenziale: l'anestesista ostetrico.

Inizialmente infatti, l'anestesista era presente solo nel reparto di CRTI e in Sala Operatoria e si recava in sala parto solo se necessario; oggi invece è presente nella nostra sala parto 24 ore su 24, come già previsto per ostetriche e ginecologi, e collabora attivamente con questi stessi al fine di fornire alla donna che sceglie di utilizzare un'analgia epidurale un'assistenza di qualità e di maggior sicurezza.

Col progredire degli anni, la sempre maggior richiesta da parte delle donne di usufruire di questo servizio (fig.B) ha spinto le diverse figure professionali, ostetriche, ginecologi, anestesisti, neonatologi a cercare un confronto tra le reciproche discipline e le diverse competenze e a far sì che questo processo fondamentale d'aggiornamento sia sempre in itinere.

#### B. Analgesia Epidurale in travaglio dal 1997 al 2004

Ospedale Fatebenefratelli -Isola Tiberina-Roma



Tra le diverse modalità di gestione del dolore sicuramente l'analgia epidurale è quella che attua una maggiore medicalizzazione dell'evento nascita e, pertanto, è quella che richiede un più attento monitoraggio delle condizioni materno-fetali e dell'andamento del travaglio e del parto.

In letteratura sono riportati numerosi studi che evidenziano i benefici e le controindicazioni che questo tipo di analgesia comporta, ma molto ancora si sta facendo e probabilmente si continuerà a fare per studiare quelli che sono i possibili effetti della peridurale sull'andamento del travaglio e del parto. (2)

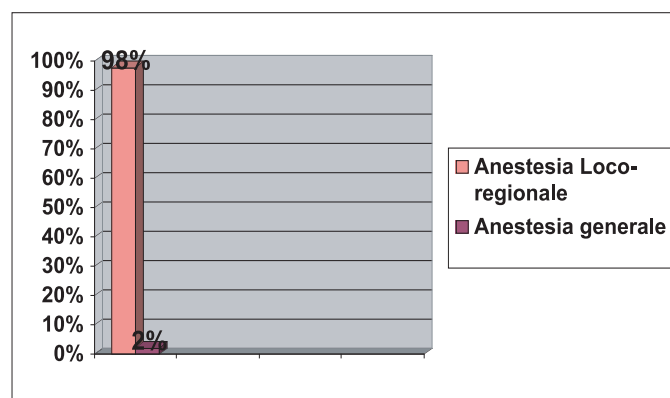
Da un primo studio effettuato presso la nostra struttura, partendo dall'analisi della curva di Friedman, sono emersi alcuni dati significativi che mostrano come l'andamento del travaglio di una donna in analgesia epidurale si discosti da quello di una donna in travaglio senza peridurale. (1-3)

Questo primo risultato ci ha spinto a continuare la ricerca in quest'ambito, proprio perché riteniamo di fondamentale importanza dover adeguare le nostre competenze e la nostra preparazione alle variazioni ostetriche che l'introduzione di questo metodo di controllo del dolore porta con sé, anche al fine di prevenire errate diagnosi di distocia. (7).

Senza volerci soffermare in questa sede su dati troppo specifici, osservando come nella nostra struttura il 70% delle donne che partorisce spontaneamente scelga di usufruire dell'analgia epidurale (B) e come questo tipo di anestesia, venga preferibilmente adottata, salvo controindicazioni, in caso di taglio cesareo (C), possiamo dire che è anche e soprattutto grazie a quest'intensa collaborazione multidisciplinare, che la nostra struttura oggi è divenuta un importante punto di riferimento, non solo per le donne che scelgono di usufruire di tale servizio, ma anche per tutti quegli operatori che vogliono approfondire lo studio e la gestione di questa tecnica in travaglio di parto.

### C. Anestesia per Taglio Cesareo

Ospedale Fatebenefratelli - Isola Tiberina-Roma



Non perdendo mai di vista il fatto che la scelta della gestione del dolore debba essere una scelta totalmente libera di una donna consapevole, perché correttamente informata, siamo convinti che attualmente, in una struttura di terzo livello, qual è la nostra, una miglior qualità dell'assistenza non possa esistere senza un'adeguata competenza delle diverse figure professionali, che debbono necessariamente aggiornarsi e collaborare insieme per un unico, comune obiettivo: rispettare una nascita serena e preservare il benessere dell'intero nucleo familiare.

### Bibliografia:

- 1 C.I.A.O. Club Italiano Anestesisti Ostetrici: [www.ciao.cc](http://www.ciao.cc)  
Schneider MC-Analgia during labour:from taboo to evidence-based medicine.
- 2 Anaesthetist. 2002 Dec;51(12):959-72.
- 3 Alexander J.M., Sharma SK, McIntire D.D., Leveno JK.-Epidural analgesia lengthens the Friedman phase of labor - Obstet Gynecol 2002 (100); 46-50.
- 4 Capogna G., Celleno D., Zangrillo A. - Analgesia e Anestesia Epidurale per il Parto- 1995 Mosby Ed.
- 5 A. Robertson - L'Ostetrica e l'arte del sostegno durante il travaglio e il parto - Mc Graw Hill.
- 6 D&D - Il giornale delle ostetriche -. Era Nuova S.R.L.
- 7 Lieberman E., O'Donoghue C. - Unintended effects of epidural analgesia during labor. A systematic review. - Am J Obstet Gynecol. 2002 May;186 (5 Suppl Nature):S31-68.

# Partorire e nascere: metodiche a confronto

Parti in acqua e parti tradizionali presso l'Ospedale Villa Salus, Mestre-Venezia

**Ostetrica Nicoletta Bottaro\*\*;** **Dott.ssa Luisa Calabrò \*;**

**Dott. Roberto Fraioli\*\***

\*Servizio di Assistenza Neonatale

\*\*Divisione di Ostetricia e Ginecologia

Ospedale Villa Salus, Mestre (Ve)

## Introduzione

Il primo parto in acqua, di cui si abbia notizia, è avvenuto nel 1803, in Francia; una donna, esausta a causa di un travaglio prolungato, si immerse in una vasca riempita di acqua calda: il suo bambino nacque subito dopo l'immersione.

Successivamente l'esperienza venne ripetuta negli anni '60, in Unione Sovietica e, a partire dagli anni '80, M. Odent, in Francia, cominciò a studiare e proporre questa nuova modalità assistenziale.

Nel corso degli anni, nell'ottica del cosiddetto "parto naturale", la pratica del travaglio e parto in acqua si è diffusa in tutto il mondo, come ulteriore modalità di assistenza non invasiva, rispettosa dell'intimità dell'evento nascita, senza venir meno alle garanzie di sicurezza nell'assistenza alla mamma ed al neonato.

Da circa due anni anche nel nostro reparto è presente una vasca dove le donne, se lo desiderano, hanno la possibilità di entrare durante il travaglio, accompagnate dal partner.

Nel nostro Ospedale nascono circa 1200 neonati l'anno.

Il primo parto in acqua è avvenuto nel luglio 2001, dopo un periodo di formazione di tutta l'equipe ostetrico-neonatalogica, che ha previsto incontri con operatori già esperti e visite a strutture dove l'uso della vasca era in atto da tempo.

Nell'arco di 21 mesi, fino cioè all'aprile 2003, le gravide che hanno partorito in acqua sono state 177. Complessivamente, nel periodo considerato, i parti sono stati 2154 (tab 1).

tabella 1: modalità del parto luglio 2001/ aprile 2003

acqua	177	(8.2%)
lettino	1091	(50.6%)
sgabello	267	(12.3%)
parto cesareo	619	(28.7%)

Scopo di questo lavoro è documentare la nostra esperienza di travaglio e parto in acqua e confrontarne gli esiti e la sicurezza rispetto ai parti vaginali tradizionali.

## Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio retrospettivo sui 177 parti espletati in acqua dal luglio 2001 all'aprile 2003 e li abbiamo confrontati con lo stesso numero di parti eutocici assistiti in modo tradizionale.

I due gruppi erano omogenei per:

- parità: 105 primigravide (59.3%); 72 pluripare (40.6%)
- età materna (media 30 anni; range 17-42),
- peso neonatale (p.n. medio 3370 gr; range 2440-4880),
- assenza di fattori di rischio ostetrico
- criteri ammissione ed esclusione (tab 2).

tabella 2

critéri di ammissione	critéri di esclusione
gravidanza a termine	gestosi
gravidanza singola	polidramnios
presentazione di vertice	CTG sospetto o patologico
rottura delle membrane < 24 ore	liquido amniotico tinto

I parametri analizzati sono stati:

- durata del travaglio (1° e 2° stadio)
- esiti perineali
- necessità di analgesia
- valori di Hb in puerperio
- complicanze materne (ostetriche, emorragie post-partum, infezioni)
- indice di Apgar
- complicanze neonatali (infezioni, problemi dell'adattamento post-natale).



Prima dell'ingresso nella vasca viene effettuato un controllo della frequenza cardiaca fetale. Durante l'immersione il BCF viene monitorato costantemente mediante un monitor senza fili.

L'immersione della donna in vasca è avvenuta in presenza di una dilatazione cervicale media di 5 cm (range 3-7); la durata media dell'immersione è stata 120 minuti (range 35'-220').

La temperatura dell'acqua era 36-37°C .

### Risultati

Dal 2001 ad oggi la percentuale di parti in acqua è aumentata dal 2.7% al 16 % e questo anche grazie alle sempre più numerose richieste da parte delle pazienti.

### Durata del periodo dilatante

La durata media del 1° stadio del travaglio è risultata inferiore di circa 30 minuti nel gruppo che ha partorito in acqua rispetto al gruppo di controllo (292' vs 319').

In particolare nelle primigravide questo dato è molto significativo: il periodo dilatante è più breve di 72 minuti (348' vs 420').

Per quanto riguarda la fase espulsiva non sono invece emerse differenze significative (46' vs 47').

tabella 3: durata stadi del travaglio nelle primigravide

	gruppo parto in acqua (n°105)	gruppo controllo (n°105)
1° stadio	348 minuti (r: 90'- 660')	420 minuti (r: 150'-900')
2°stadio	46 minuti (r: 10'- 100')	47 minuti (r: 15'- 127')

### Esiti perineali

Perineo integro è presente in più del doppio delle donne che hanno partorito in acqua rispetto al gruppo di controllo (38.9 % vs 17.5%).

Anche per questo dato il risultato nelle primipare è altamente significativo: nel parto in acqua il 43.8 % (43 su 105) delle donne non presenta alcuna lesione perineale, contro il 13.3 % (14 su 105) dell'altro gruppo.

Nei parti in acqua non è mai stato fatto ricorso ad episiotomie, che invece incidono notevolmente nel gruppo di controllo. Assenti anche lacerazioni di 3° grado.

Gli esiti perineali nelle primigravide e complessivi sono riportati nelle tabelle 4 e 5.

tabella 4 : esiti perineali nelle primigravide

	gruppo parto in acqua (n°105)	gruppo controllo (n°105)
perineo integro	43 (43.8%)	14 (13.3%)
lacerazione 1°	30 (28.5)	13 (12.3%)
lacerazione 2°	32 (30.4%)	37 (35.2%)
lacerazione 3°	0	3 (2.8%)
episiotomia	0	40 (38%)

tabella 5: esiti perineali complessivi

	gruppo parto in acqua (n° 177)	gruppo controllo (n° 177)
Perineo integro	69 (38.9%)	31 (17.5%)
Lacerazione 1°	46 (25.9%)	26 (14.6%)
Lacerazione 2°	62 (35%)	69 (38.9%)
Lacerazione 3°	0	3 (1.7%)
episiotomia	0	50 (47.6%)

### Valori di emoglobina in puerperio

Non sono state riscontrate differenze particolarmente significative nei valori di Hb (11.8 g/dl nei parti in acqua vs 11.2 g/dl).

### Necessità di analgesia

Non è stato necessario ricorrere ad analgesia di alcun tipo per le donne che hanno travagliato e partorito in acqua. L'incidenza del ricorso ad analgesia epidurale nel gruppo di controllo è stata del 7 %.

### Complicanze materne

- ostetriche: non si è verificata nessuna distocia di spalla in nessuno dei due gruppi
- mediche: nessun caso di infezione materna, un caso di emorragia post-partum (che non ha necessitato di trasfusione).

### Neonati

Non vi sono differenze significative nei due gruppi per quanto riguarda l'indice di Apgar (> 8 al 5° minuto).

Tutti i neonati hanno avuto un adattamento post-natale regolare, nessuno ha presentato infezioni né sindrome da inalazione di liquido.

### Discussione

In accordo con molti dati della letteratura, anche nella nostra esperienza non sono emersi effetti negativi legati alla immersione in acqua durante il travaglio ed il parto sia per la mamma, sia per il neonato.

La durata del periodo dilatante è risultata nettamente inferiore nel gruppo che ha partorito in acqua. Il travaglio nell' acqua calda infatti facilita la progressione della dilatazione, favorendo il rilassamento e la distensione dei tessuti del canale del parto.

Questo effetto è anche legato ad una ridotta produzione di ormoni dello stress (catecolamine) e ad un aumento della produzione di endorfine (effetto analgesico) e di ossitocina.

Il maggiore rilassamento della donna in acqua favorisce inoltre una migliore respirazione e quindi ossigenazione più adeguata.

La maggiore elasticità che l'acqua dà ai tessuti del perineo riduce la frequenza e la gravità delle lesioni del canale molle del parto. A questo risultato consegue un miglior recupero ed un maggior benessere post-partum della donna.

Per quando riguarda il neonato, l'essere partorito in acqua, adeguatamente assistito, non ha comportato, nella nostra esperienza, alcun rischio rispetto agli altri neonati.

E' stato dimostrato in letteratura che il passaggio in un ambiente acquatico riduce lo stress della nascita (assenza della forza di gravità, maggior contenimento offerto dall'acqua, non differenza di temperatura ecc.), facilita la transizione, permette al neonato di riorganizzare tutti i sottosistemi ed al suo organismo di adattarsi in modo ottimale all'ambiente extrauterino.

### Conclusioni

Il parto in acqua, in presenza di condizioni che garantiscano la sicurezza e la professionalità della assistenza, rappresenta un metodo sicuro per partorire, senza aumento del rischio rispetto ai parti eutocici tradizionali.

Da parte nostra riteniamo che questa sia una delle modalità assistenziali (insieme allo sgabello, alle diverse posizioni o al lettino da parto), che si possono offrire ad una donna che deve partorire; tutto ciò per soddisfare nel modo più confortevole le sue esigenze ed assecondare, fin dove possibile, i suoi desideri, in modo tale che l'esperienza della nascita resti, nella memoria della nuova famiglia, un dolce ricordo.

### Bibliografia

1. Otigbah CM, Dhanjal MK, Harmsworth G., Chard T.  
A retrospective comparison of water births and conventional vaginal delivery.  
Eur J. Obstet. Gynecol Reprod Biol 2000 Jul; 91(1):15-20

2. Geissbuhler V., Eberhard J. Waterbirths: a comparative study. Aprospective study on more than 2000 waterbirths  
Fetal Diag Ther 2000 Sept-Oct; 15(%):291-300
3. Nikodem V.C.  
Immersion in water in pregnancy, labor and birth  
Cochrane Database Syst Rev 2000;(2):CD000111
4. Eckert K., Turnbull D., MacLennan A.  
Immersion in water in the first stage of labor: a randomized controlled trial  
Birth 2001 Jun; 28(2):84-93
5. Ohlsson G., Buchave P., Leandersson U., Nordstrom L, Rydhstrom H., Sjolín I.  
Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effect  
Acta Obstet Gynecol scand 2001 Apr;80(4) : 311-4
6. Moneta J., Okninska A., Wielgos M.,Przybos A., Chrostowska J., Marianowski L.  
The influence of water immersion on the course of labor  
Ginecol Pol 2001 Dec; 72(12): 1031-6
7. Schorn M.N., McAllister J.L., Blanco J.D.  
Water immersion and the effect on labor  
J. Nurse Midwifery 1993 Nov-Dec;38(6):336-42
8. Geissbuhler V., Eberhard J.,  
Waterbirths: a comparative study  
Fetal Diagnosis and Therapy 15:5:2000,291-300
9. Alderdice F., Renfrew M., Marchant S., Ashurst H, Hughes P., Berridge G.,Garcia J.  
Labor and birth in water in England and Wales  
BMJ 1995; 310:837
10. Gilbert R., Tookey P.  
Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey  
BMJ 1999; 319:483-487
11. Rawal J., Shah A, Stirk F., Mehtar S. Waterbirth and infection in babies BMJ 1994; 309:511
12. Thoni A. Partorire ed essere partoriti nell'acqua:una nuova modalità per nascere
13. Rosevar S.K., Fox R., Birthing Pools and the fetus Lancet, 1993, 342:1048-9

## Il dolore del parto: il punto di vista delle ostetriche

Viviamo un'epoca storica eccezionale. Il progresso, concetto sempre astratto e lontano nell'immaginario collettivo in anni non molto lontani, oggi è fatto di tempi brevi e di risultati spesso superiori alle aspettative.

Le scienze compiono quotidianamente passi giganteschi in ogni campo e sul versante della medicina grandi progressi compiuti in pochi anni ci garantiscono una vita sicuramente sempre più lunga e soprattutto sana.

Le società più ricche vivono sempre più la realizzazione di traguardi solo qualche decennio fa impensabili. La tecnologia ha rivoluzionato la nostra vita migliorando la qualità di base del vivere quotidiano e ha creato la comparsa di bisogni indotti a cui difficilmente si sa e si vorrebbe rinunciare.

E se questi possono essere definiti picchi di eccellenza dei tempi moderni, non è affatto raro constatare picchi in negativo nelle aree più depresse del mondo, dove la conquista di un pasto al giorno è l'ambizione più grande.

Evitando ogni demagogia, si può semplicemente notare quanto a volte, a parità di tempi storici non corrispondano eguali risultati per tutti. E non solo.

Tornando alle nostre ricche e progredite società, se si osservano con un occhio più attento, si può notare che se da una parte esprimono livelli di progresso e di benessere trasversali dall'altra parte mostrano aspetti sociali ed umani che esprimono disagio e regressione.

Quindi, se la salute intesa solo come benessere fisico ha guadagnato traguardi ragguardevoli, non si può dire dell'altra sua faccia ovvero quella del benessere psicologico. Se è vero che le nostre società producono individui più sani e longevi, è vero anche che aumentano disturbi come l'ansia e la depressione, l'incapacità di comunicare e le insicurezze nei rapporti con il prossimo.

Concludendo, si può dire che viviamo un'epoca di cambiamenti culturali molto dinamici e rapidi che comportano sempre un conflitto di adattamento, un certo grado di confusione interiore e soprattutto di ambivalenza fra vecchio e nuovo.

Per venirne fuori, c'è bisogno di informazioni, dibattito, di scelte consapevoli e non indotte.

Questa introduzione è necessaria per affrontare il tema del dolore del parto, perché è bene che si abbia a riguardo una visione più ampia possibile: non è infatti solo un'espressione di una qualche patologia ma uno degli aspetti meno conosciuti e più temuti dell'evento parto.

Non a caso esiste un vuoto, dato dalla mancanza di un'informazione esauriente ed ampia sul dolore del parto e sulle modalità di batterlo. Colmare questo vuoto può favorire la possibilità di scegliere, mettendo sulla bilancia dei valori e dei bisogni personali, i pro e i contro di ogni possibilità.

Il dolore del parto è una componente che permea il significato stesso di mettere al mondo.

Ridurlo solo ad un sintomo fisico può essere rischioso perché squilibra un processo che è fisiologico se non è privato di alcun componente.

L'arte ostetrica è al mondo da tempi immemorabili e nell'attraversare la storia del mondo, ha vissuto l'evoluzione stessa della società, delle donne.

Il parto, nei secoli, è stato l'emblema di un evento forte, animale, che rispondeva solo alle forze della natura e che selezionava i soggetti più forti e più fortunati. Spesso nello stesso momento in cui una vita nasceva, una se ne spegneva e il corso degli eventi dettava il suo ritmo inesorabile.

Lentamente però il progresso ha portato conquiste in campo medico che hanno garantito sicurezze sempre maggiori fino a far ritenere oggi la nascita un evento sufficientemente sicuro.

Molti aspetti della nascita, come la qualità dello stato di salute per mamma e nascituro in gravidanza, la diagnosi prenatale, gli standard di sicurezza durante il parto hanno raggiunto oggi livelli sufficienti per cui la nascita sia quasi sempre un evento gioioso e senza esiti negativi.

Tuttavia, il bisogno di annullare la sofferenza fisica fa parte di una prospettiva sociale che ogni giorno ne accresce l'esigenza. Il dolore è un tabù, una parte dell'esistenza che abbiamo bisogno di annullare perché spesso mancano gli strumenti per la comprensione e la sua accettazione. E' chiaro che esistono eccezioni davanti alle quali l'alleggerimento della sofferenza è opportuno e dignitoso per l'esistenza umana.

Pensare di togliere il dolore dal parto tout-court non può rispondere alla logica della riduzione della sofferenza intesa come "ingiustizia" o come anacronismo di fronte ad un progresso così veloce.

Ma il dolore del parto non è un comune dolore e con gli altri tipi di dolore non ha quasi nulla in comune.

Partorire è un evento fisico, è un evento fisiologico, è un evento psicologico, è una tappa della vita della coppia e della famiglia, è un evento sociale e soprattutto è un evento nodale nella storia personale di ogni donna.

Solo grazie allo studio della fisiologia, allo studio della neuroendocrinologia e di tutti quelle componenti sociali e culturali che condizionano la nascita, si è oggi potuto comprendere il ruolo del dolore del parto e le modalità con cui si può affrontare e ridurre senza bisogno di ricorrere ad espedienti farmacologici.

Si è arrivati a comprendere quali fattori aumentano e quali riducono l'intensità e la percezione del dolore del parto.

---

### Schema 1

#### FATTORI CHE AUMENTANO IL DOLORE DEL PARTO

- Tensione, paura.
- Esperienze e racconti negativi sul dolore.
- Aspettative negative verso il dolore.
- Ambiente cortico-stimolante (luci accese, porte aperte, confusione, ecc.) estraneo.
- Interferenze non autorizzate dalla donna.
- Passività e delega.
- Assenza di sostegno.
- Medicalizzazione del parto.
- Contratture a livello periferico (muscolare, dei legamenti).
- Tensione del segmento uterino inferiore.
- Ipertono uterino.
- Soglia bassa del dolore
- Mancanza di movimento libero.
- Posizioni innaturali ed antifisiologiche (litotomica).
- Scarso legame endogeno con il bambino.
- Mancanza di rilassamento nelle pause.
- Allontanamento del bambino dopo la nascita.

### Schema 2

- Motivazioni ed aspettative realistiche verso il dolore della nascita.
- Sostegno del partner o di altre figure di fiducia.
- Ambiente sedativo, intimo.
- Buon legame endogeno del bambino.
- Preparazione psicofisica alla nascita.
- Rispetto dei ritmi individuali.
- Espressione comportamentale e verbale libera.
- Conduzione ostetrica conservativa, protettiva, rispettosa.
- Soglia alta del dolore.
- Movimento libero.

- Tono uterino eutocico.
- Bacino mobile.
- Posizioni libere e fisiologiche.
- Vasca con acqua calda, massaggi, applicazioni calde.
- Rilassamento profondo nelle pause.
- Accoglimento del bambino dopo la nascita.

---

Il dolore del parto ha una funzione filogenetica di protezione sia della madre che del bambino se comprendiamo il parto come un evento fisiologico paradossale compensato.

Ovvero, il parto è un attacco all'integrità della donna: per mettere al mondo il suo bambino, la donna deve andare contro il proprio corpo subendo un'apertura grande che va contro l'istinto di autoconservazione.

Quest'attacco mette in allarme e segnala con il dolore il pericolo; il corpo, quindi, produce fisiologicamente delle reazioni di difesa che si traducono in tutto ciò che una donna farebbe istintivamente se non fosse condizionata. A sua volta il corpo produce sostanze ormonali endorfiniche che proteggono la donna di fronte al dolore stesso.

Il punto di vista delle ostetriche, che da sempre si occupano di studiare e comprendere tutte le componenti della nascita, non può che essere critico davanti a chi invoca l'annullamento del dolore del parto come conquista sociale e segnale di progresso. Ed è per questo che non si può ritenere l'uso sistematico di analgesici l'unica via percorribile.

Per preservare la salute è opportuno scegliere consapevolmente tra più strumenti e dare loro una priorità d'utilizzo. La scelta deve privilegiare quegli strumenti che favoriscono la risposta fisiologica del dolore e che, quindi, lo riducono rendendolo sopportabile e sicuro.

L'utilizzo sistematico di analgesici è scoraggiato dalle linee guida dell'OMS e da studi di medicina perinatale.

Ma, più di ogni altra cosa, bisogna comprendere che questo percorso non deve nascere e finire in una sala travaglio. L'accettazione di questo dolore come fisiologico, la comprensione delle capacità endogene per sostenerlo e la scoperta di ciò che lo può rendere sopportabile fanno parte di un percorso che ha come obiettivo la presa di coscienza di sé e delle proprie capacità che deve partire non solo dalla gravidanza ma da una diversa cultura al femminile che deve essere propria di ogni operatore e di ogni donna.

Ostetrica Valeria Castagna.

## L'uso dell'analgesia in travaglio di parto. Un' esperienza e alcune considerazioni

**Ost. Giorgio Giuliani (Pisa)**

La richiesta, in numero sempre crescente, da parte delle donne, di metodi di analgesia in travaglio di parto ci porta a meditare in maniera molto seria su come sta cambiando il modo di partorire. In molti paesi europei (Inghilterra, Francia, Germania), la pratica dell'analgesia in travaglio di parto è in opera da molti anni. Noi ci siamo affacciati a queste metodiche con circa 20 anni di ritardo.

Nel nostro reparto abbiamo intervistato alcune donne che sono ricorse a questo metodo per il controllo del dolore: molte di loro riferivano che l'analgesia esclude soltanto l'aspetto più stressante del travaglio e del parto, lasciando inalterato il lato emozionale. Abbiamo così concluso che il dolore del travaglio e del parto non è per tutte compagno naturale della procreazione.

Lasciando da parte quello che ognuno di noi pensa delle metodiche di analgesia in travaglio di parto, (spesso si esprimono giudizi senza ben conoscere la materia), bisogna saper trovare la nostra collocazione come ostetriche/I nell'assistenza alla donna che decide di partorire con l'aiuto di questa metodica. Nella nostra realtà l'ostetrica ricopre un ruolo fondamentale, sia per la donna che deve decidere, sia per quella che ha deciso la partoanalgesia, essendo, in questo caso, il punto di riferimento per l'anestesista che dovrà somministrare i farmaci nelle varie fasi del travaglio.

Proverò a fare una passeggiata nel dolore, cercando di inquadrarlo da vari punti di vista e di rapportarlo, in alcuni casi, al dolore del travaglio cercando di capire il collegamento che può esistere tra emotività e dolore, per poi passare alla sua sedazione con vari metodi di analgesia.

### **Fisiologia del dolore**

Possiamo affermare che oltre ai 5 sensi classici (udito, tatto, gusto, olfatto e vista), considerati primari, ne esistono anche altri: ad esempio il senso della pressione, del dolore, del caldo, del freddo, della posizione, del movimento, dell'equilibrio; a questi va aggiunta la cenestesi, che è un complesso di sensazioni mal definibili nascenti dal funzionamento dei vari organi del corpo, le cui terminazioni nervo-

se segnalano, in certi casi, la fame nello stomaco, la sete nella gola. Un tipico esempio è il senso di riempimento dello stomaco, del retto e della vescica. I sensi che informano il cervello sul mondo circostante e sullo stato dell'organismo sono, quindi, una decina. Un senso del tutto particolare è quello del dolore, che può essere trasmesso da fibre nervose di differente calibro. Il dolore rapido è trasmesso da fibre più grosse (avvolte da una guaina mielinica) che il cervello interpreta come dolore acuto; ed il dolore lento, trasmesso da fibre più piccole (quasi prive di mielina), che provocano la sensazione del dolore bruciante. Quindi gli impulsi raccolti in diverse fibre nervose, in seguito ad un unico stimolo, viaggiano a velocità diverse, perché le fibre che compongono il nervo sono di calibro diverso.

Ricevendo un urto piuttosto forte si può avvertire l'immediata sensazione di dolore acuto, l'attimo dopo il dolore sembra essere scomparso, per ricomparire, l'istante successivo, più sordo e più forte di prima. Questo dimostra che il segnale nervoso, suscitato da un unico stimolo algogeno, raggiunge il midollo spinale e poi la parte sensitiva della corteccia, come un fascio di impulsi separati nel tempo e nello spazio. Sulla pelle è possibile localizzare dei punti, che stimolati in certi modi, danno sensazioni dolorose per la presenza di fibre nervose molto sottili. Il dolore è una sensazione la cui origine non è solamente cutanea. Molte sensazioni possono divenire dolorose quando raggiungono un certo grado di intensità: la luce abbagliante fa male agli occhi, un suono troppo forte fa male all'orecchio, un alimento troppo piccante fa male alla lingua. È da notare come uno stesso stimolo, in condizioni diverse, può divenire doloroso: un liquido tiepido ingerito, a cose normali ben tollerato, può divenire algogeno in presenza di un'esofagite; se la mucosa gastrica è sana, stimoli chimici anche intensi non evocano dolore, ma se la mucosa è infiammata modesti stimoli possono risultare algogeni. Questo suggerisce che l'infiammazione gioca un importante ruolo nella genesi del dolore, inducendo una sensibilizzazione a stimoli normalmente non dolorosi. Il dolore ha un significato molto ampio: può essere riferito ad un dolore fisico, causato da agenti esterni od interni, o ad un dolore psichico, causato, per esempio, dalla morte di una persona cara. I due tipi di dolore, che sembrano essere completamente differenti, mostrano, peraltro, vari punti di contatto, in cui è presente " un comportamento doloroso". Benché gli individui abbiano una soglia dolorifica pressoché uniforme, molto variabile è invece la loro tolleranza al dolore, sia in rapporto alla zona stimolata, sia riguardo a fattori propriamente psichici. Il dolore quindi dipende dall'importanza del trauma, dalla ricchezza delle diramazioni nervose nella regione colpita, ma anche dal momento, per così dire, psicologico in cui esso avviene. Molto spesso la percezione del dolore viene modificata dall'interpretazione che ad essa viene data, cioè l'intensità del

dolore non è sempre proporzionale allo stimolo. Ognuno di noi ha ben sopportato o quasi inavvertito un dolore nella foga di una competizione sportiva o nell'emozione di un grave incidente, ma ricorda molto bene il mal di denti. Per quanto riguarda il dolore da motivazione organica, le ferite superficiali sono più dolorose di quelle profonde, perché la pelle è più ricca di terminazioni nervose. Gli organi interni possono essere tagliati o bruciati senza avvertire il minimo dolore ma, se si ammalano, possono provocare sintomi dolorosi che non sempre fungono da campanello di allarme. Basta pensare al violento dolore dell'infarto del miocardio, che non è certamente un sintomo di salvaguardia, ma deve essere sedato con ogni mezzo. Nel caso di Ca del fegato, in cui la sofferenza insorge, molte volte, troppo tardi per servire come utile avvertimento e non cessa una volta che l'avvertimento è stato dato. La definizione del dolore come sintomo protettivo va un po' ridimensionata, perché può non essere presente anche in situazioni gravi, o risultare inadeguata. Una difesa molto semplice deriva dall'esperienza che determina dei riflessi protettivi. Se un uomo è vicino ad una stufa calda e per caso la tocca con una mano, il suo braccio fa allontanare la mano prima che egli abbia percepito il minimo dolore, senza che egli abbia il tempo di pensare e quindi di voler fare quel movimento. Un bambino di due anni, prima di ritirare la mano deve avvertire dolore, perché non ha esperienza sufficiente in merito. Il concetto del dolore come entità fisica, vale a dire misurabile in termini di intensità dello stimolo o della risposta ad esso, non può essere applicato in tutte le situazioni. Il dolore è una percezione nella quale essere percepito significa, più che per gli altri sensi essere sentito, è un prodotto della coscienza il cui elemento essenziale è la consapevolezza. La percezione del dolore, quindi, non è mai priva di un elemento emotivo ed è proprio questo elemento che ne rende difficile la valutazione sia da parte di chi soffre sia da parte di chi osserva. Lo stesso si può dire del piacere, ossia della percezione che nasce durante la soddisfazione di un bisogno e che coinvolge tutti i sensi. Piacere e dolore sono percepiti come contrapposizioni, ma spesso è solo questione di grado. La sensazione di piacere che si prova, quando siamo infreddoliti ad avvicinarci ad una stufa, può divenire dolorosa se ci avviciniamo troppo. Tornando al dolore, possiamo affermare che esso coinvolge profondamente il soggetto dal lato emotivo, spesso sviluppa ansia, paura e depressione. Tali disturbi si evidenziano tramite alterazioni comportamentali e verbali. Sono da tenere in considerazione anche altri fattori psicologici come l'anticipazione del dolore, vissuta come prospettiva futura di un dolore più forte. L'anticipazione all'aggravarsi del dolore può portare come conseguenza a comportamenti disorganizzati ed isterici ed a strategie improprie per fronteggiare l'evento futuro. L'anticipazione può essere molto precoce, addirittura alla sola vista, da parte della gestante, della sala

travaglio; per fare un esempio, basta pensare al bambino che si mette a piangere ed evidenzia fenomeni comportamentali simili a quelli successivi ad un evento doloroso alla sola vista del medico che potenzialmente, con una iniezione, gli può provocare dolore. Esiste un notevole intrigo tra dolore ed emotività a tal punto che quest'ultima può far comparire il dolore senza che, per questo fatto, esista una spiegazione organica. La cosiddetta "Sindrome della Covata" (caratterizzata dalle doglie del parto nel partner maschile al momento della nascita del figlio), è una sindrome rarissima nella cultura occidentale, ma è stata descritta come fenomeno sistematico in alcune tribù Africane.

L'argomento dolore è quanto mai importante in travaglio di parto, dove la variabilità della tolleranza e della risposta ad esso sono particolarmente evidenti e valutabili.

La gestante in base al suo bagaglio culturale, religioso, alla sua motivazione, alla sua soglia del dolore, alla paura e l'ansia che spesso le viene creata intorno o per qualunque altro motivo, deve decidere come affrontare il travaglio affinché quest'ultimo non sia per lei un trauma.

Il travaglio è uno degli eventi più importanti per la donna, se è vissuto in modo traumatico può creare problemi psicologici che possono coinvolgere l'intera famiglia.

Questo, purtroppo, alcune volte è il risultato di tecnici e professionisti che assistono con distacco, per loro solo lavoro salariato, routine, fatica.

È da tenere presente che per molte coppie giovani, al momento del ricovero, l'ospedale è un ambiente alieno, poco familiare associato all'idea di malattia e morte, di cui spesso non hanno avuto nessuna esperienza precedente. Avere la fiducia della donna riduce la sua sensazione di debolezza ed aumenta la capacità di tollerare il travaglio. Possiamo affermare che troppo spesso, in ospedale, un processo normale e fisiologico viene inutilmente medicalizzato, intervenendo più per determinare l'utilità della propria presenza che non per una reale situazione clinica.

La scienza moderna ha eliminato gli orrori medievali del parto. Il travaglio difficile non è più destinato a concludersi in tragedia, ma con il processo tecnologico, il parto senza complicazioni è stato trascurato. Non siamo contrari ai progressi della conoscenza scientifica ma sappiamo che il parto nella maggior parte dei casi, è un processo naturale, quindi vorremmo un parto "intelligente", intervenendo solo quando è necessario e non quando conviene. Siamo perfettamente a conoscenza dei dolori del parto, il parto non è "Soft", il parto è "Hard." Sappiamo bene che alcune donne motivano e riescono a controllare i dolori del travaglio, vivendo un'esperienza unica, mentre altre non vi riescono e chiedono l'analgia durante il travaglio. Siamo contro il dolore, ma bisogna distinguere il "Dolore" dalla "Sofferenza".

### Trasmissione dello stimolo doloroso

Qualunque sia lo stimolo doloroso, esso viaggia lungo i nervi sensoriali, verso la radice gangliare dorsale del relativo nervo spinale e nel corno posteriore del midollo spinale; **questo è il primo neurone.**

**Il secondo neurone** parte dal corno posteriore del midollo spinale ed arriva al talamo tramite il midollo allungato, il ponte ed il cervello medio.

**Il terzo neurone** parte dal talamo ed arriva alla parte sensitiva della corteccia.

La trasmissione degli impulsi nervosi viene effettuata od inibita da sostanze chiamate neurotrasmettitori, che sono di tipo eccitatorio od inibitorio. Questi interagiscono per mantenere l'equilibrio della percezione del dolore.

Un neurotrasmettitore eccitatorio è l'acetilcolina, uno inibitorio è l'encefalina. Il talamo, l'ipotalamo e parte della corteccia cerebrale, costituiscono il sistema limbico, che collega i sistemi endocrino e nervoso autonomo e regola alcune funzioni viscerali. Alcune emozioni originano in questo sistema che ha un'importante ruolo nella regolazione del dolore. Nella radice dorsale del midollo spinale esiste una sostanza gelatinosa, che nella **teoria del controllo dell'ingresso** (gate control), viene paragonata ad un cancello. Gli impulsi dolorosi possono essere sufficientemente forti da aprire il cancello e salire lungo il tratto sensitivo, o il cancello può essere richiuso da uno stimolo competitivo, come nel caso dell'ustione dall'applicazione locale di freddo. Gli oppiacei endogeni giocano un importante ruolo nella percezione del dolore e sono evidenziabili in vari punti del sistema nervoso centrale. L'organismo produce delle sostanze simili agli oppiacei che inducano un'analgesia naturale; le più comuni sono le endorfine e le encefaline.

### Dolore in travaglio di parto

Il dolore in travaglio di parto è causato dalle contrazioni uterine, dalla dilatazione cervicale e nelle ultime fasi del primo stadio e durante il secondo dalla distensione della vagina, vulva e perineo. Questi stimoli dolorosi sono trasmessi mediante i nervi toracici, lombari e sacrali. L'innervazione dell'utero deriva dagli ultimi due nervi toracici (T11 T12), attraverso il plesso paracervicale; questi nervi trasmettono il dolore durante la fase prodromica e dilatante, verso la fine di quest'ultima, sono coinvolti anche T10 ed L1. Il nervo pudendo conduce gli impulsi nervosi dovuti alla distensione del pavimento pelvico verso i nervi sacrali S2, S3, S4.

I fattori che influiscono sulla intensità del dolore sono i seguenti:

- L'aumentato peso fetale, che può creare difficoltà nella progressione e nella distensione del pavimento pelvico.
- Le presentazioni occipito-posteriori, sia in rotazione lunga (3/8 di cerchio), sia in rotazione corta (rotazione sacrale dell'occipite), daranno maggiore dolore perché, nel primo caso il meccanismo di rotazione interna sarà più lungo, quindi lo sarà anche il

travaglio, nel secondo ci sarà una maggiore sollecitazione del pavimento pelvico.

- Le contrazioni di durata ed intensità non idonee.
- La rapidità della dilatazione del canale cervicale.
- La parità (una nullipara rispetto ad una pluripara avrà un travaglio di parto più lungo).

Tutti questi fattori possono rendere il travaglio di parto più doloroso.

I fattori di amplificazione del dolore sono:

La paura, l'ansia e non meno importante, **la sfiducia della gestante nei confronti della struttura e degli operatori.**

Una gestante correttamente informata e sostenuta nel suo modo di vivere il travaglio, sarà senz'altro in grado di rispondere meglio alle sollecitazioni psicologiche che questo evento comporta.

La paura, l'ansia ed il dolore, possono causare alterazioni di tipo endocrino, cardiovascolare, respiratorio e metabolico.

La paura e l'ansia amplificano la percezione dolorosa. Aumenta la produzione di catecolamine, cortisolo, ACTH e Betaendorfina.

Adrenalina e Cortisolo agiscono sull'utero inibendone in parte l'attività contrattile, con la possibilità di ipocinesia e quindi di allungamento del travaglio.

La paura, l'ansia ed il dolore causano alla partoriente iperventilazione durante la contrazione.

La conseguenza è la diminuzione della PACO<sub>2</sub> ed aumento del PH, quindi una alcalosi respiratoria.

La diminuzione della PACO<sub>2</sub> determina, nel tempo, una vasocostrizione periferica, con la possibilità, in un feto a rischio, di ipossia ed acidosi. Causa inoltre una diminuzione dello stimolo alla respirazione; più precisamente si assiste ad una iperventilazione materna durante la contrazione ed una ipoventilazione nella fase di riposo.

La PAO<sub>2</sub> diminuisce in media del 25%, se si va oltre, si possono avere degli effetti negativi sul feto, rilevabili a volte, sotto forma di decelerazioni tardive. Si ha inoltre uno spostamento verso sinistra della curva di dissociazione dell'emoglobina materna con diminuzione della cessione di ossigeno al feto.

L'esecuzione dell'analgesia, con eliminazione del dolore e quindi dei suoi effetti, fa sì che si abbia una PACO<sub>2</sub> costante.

Durante il travaglio sia per le contrazioni uterine sia per l'increzione delle catecolamine, si assiste ad una diminuzione degli scambi materno-fetali.

Queste alterazioni possono essere ben tollerate da un feto sano, poiché negli spazi intervillosi si ha una riserva di ossigeno tale da mantenere una adeguata ossigenazione anche in caso di una transitoria ipoperfusione placentare.

Un eccesso od un difetto dell'attività contrattile uterina possono causare l'instaurarsi di un travaglio di parto distocico, una ipossia ed una acidosi fetale con complicanze perinatali gravi, specialmente in un feto a rischio.

### Tecniche di analgesia

#### L'analgesia inalatoria

.L'avvento dell'analgesia peridurale ha praticamente relegato ad un ruolo secondario l'uso di analgesici inalatori.

Resta comunque la possibilità di ricorrere a questo tipo di analgesia che è efficace, e presenta il vantaggio di avere effetti di breve durata e senza alcun effetto per il neonato.

Tale agente si chiama "Entonox." Nel Regno Unito è disponibile e può essere usato dall'ostetrica o senza la supervisione medica.

L'Entonox è una miscela in parti uguali di protossido di azoto ed ossigeno, inodore ed incolore. Alla bombola è collegato un erogatore con una valvola che si apre durante l'inspirazione. La donna si autogestisce nell'assunzione di tale medicamento all'inizio di ogni contrazione. Fornisce analgesia entro 20" ed il suo effetto massimo si ottiene entro 40-45", quindi la donna avverte un dolore come una iniziale contrazione, ben tollerabile, L'Entonox viene facilmente eliminato dai polmoni materni, non ci sono effetti sul feto. Un inconveniente per la donna è che, se ne respira troppo, si addormenta, ma siccome, per regolamento tassativo, l'erogatore del gas sulla faccia lo regge da sola, le cadrà di mano e si riprenderà subito.

#### La stimolazione elettrica transcutanea: TENS

Si ritiene che agisca interrompendo la trasmissione del dolore lungo le fibre sensitive. Esistono ancora dei dubbi sulla stimolazione alla produzione di oppiacei endogeni.

Gli elettrodi vengono posizionati sul dorso della gestante in zone cutanee conosciute come dermatomeri, situate superficialmente alle terminazioni nervose dei nervi toracici, lombari e sacrali (T10-L1-S1-S4). L'apparecchiatura viene comandata dalla donna stessa, che dovrebbe familiarizzare con essa durante la gravidanza. Viene attivata premendo un pulsante. La corrente può essere a bassa frequenza ed intermittente (pulsata) o ad alta frequenza (continua).

Pare che la TENS a bassa frequenza, stimoli la messa in circolo di oppiacei endogeni, mentre quella ad alta frequenza, chiuda il cancello al dolore (Gate control).

Quando il dolore in travaglio si intensifica, la donna regola la corrente da bassa ad alta frequenza.

L'efficacia maggiore è nelle fasi iniziali del travaglio; dal momento che non esistono effetti residui, rimane la possibilità di ricevere altre forme di analgesia.

#### L'analgesia peridurale

Uno degli aspetti più positivi di questa tecnica è legato al fatto che è possibile,

grazie anche all'uso di associazioni farmacologiche, ottenere un blocco selettivo delle fibre nervose di diametro più piccolo, deputate alla trasmissione degli impulsi nocicettivi, senza raggiungere il blocco delle più grosse fibre nervose motorie. Sarà possibile, se ben condotta, ottenere un adeguato livello analgesico, senza alterare la conduzione motoria non alterando la normale dinamica del parto.

La gestante potrà avere il suo travaglio anche camminando, se lo richiede, e se le condizioni lo permettono.

Per motivi medico legali sarebbe bene evitare di ottenere il consenso informato a travaglio iniziato, questo andrebbe ottenuto durante i corsi di preparazione al parto. Il medico anestesista, al momento, darà ulteriori chiarimenti sui farmaci che verranno adoperati sui loro benefici ed effetti collaterali.

Dopo la valutazione da parte del medico del rischio - beneficio, con il consenso della gestante si procederà all'analgesia peridurale od altro tipo di analgesia scelto.

Il travaglio verrà seguito, se fisiologico dall'ostetrica/o, se patologico dal medico ginecologo e dall'ostetrica/o. In entrambi i casi il medico anestesista sarà costantemente informato del suo decorso per la decisione sulla quantità e qualità dei farmaci da somministrare.

Controllando il dolore materno si riduce la secrezione di catecolamine, con i vantaggi sopracitati.

Riducendo il dolore si riduce l'iperventilazione e quindi l'alcalosi respiratoria responsabile di una ipoperfusione utero-placentare.

La gestante è in grado di partecipare attivamente a tutte le fasi del travaglio.

Il catetere peridurale può essere usato per un'eventuale anestesia in caso di taglio cesareo.

In caso di taglio cesareo in peridurale è ridotta la possibilità di polmoniti ab ingestis.

È da preferire, in caso di T.C, a quella generale nelle gestosi EPH, diabete, feto small for date.

È consigliata nell'espletamento del parto per via naturale in caso di gestosi (elimina gli effetti nocivi delle catecolamine); è inoltre da considerare come possa facilitare il tempestivo intervento strumentale al momento che se ne presenti la necessità, e cioè qualora insorgesse una patologia.

Rappresenta una valida scelta nei T.C di elezione o dove sia concesso il tempo necessario per il suo posizionamento (circa ? h).

Come tutte le tecniche è chiaro che debbano essere considerati anche i possibili svantaggi: in effetti in alcuni casi si può osservare una riduzione nella progressione del travaglio, il più delle volte transitoria, per cui più frequentemente è necessario ricorrere all'uso di ossitocina.



In caso di puntura accidentale della dura madre è possibile riscontrare cefalea ortostatica, che regredisce dopo trattamento medico.

Essendo le fibre del sistema nervoso autonomo di piccolo calibro, saranno particolarmente sensibili a questi farmaci, con la possibilità di avere un blocco simpatico, al quale può far seguito una vasodilatazione periferica agli arti inferiori con riduzione del ritorno venoso e ipotensione arteriosa materna, correggibile con l'introduzione venosa di cristalloidi.

La difficoltà alla minzione, può essere evitata permettendo la deambulazione e quindi lo svuotamento della vescica, direttamente in bagno. Nei casi limite è necessario il catetere.

Le principali controindicazioni alle metodiche di analgesia loco regionale sono essenzialmente rappresentate dalla presenza di deficit emocoagulativi.

Nella nostra U.O., sostanzialmente, l'analgesia peridurale si è dimostrata una tecnica molto sicura. Come tutte le pratiche mediche deve essere ben condotta e non può essere improvvisata: richiede personale esperto, che lavora in equipe con le ostetriche ed i medici ginecologi.

Se queste regole vengono rispettate, i rischi sono certamente ridotti al minimo.

#### **Alcune osservazioni personali**

I fenomeni del parto che si svolgono all'interno dei periodi sono documentati da tempo sui trattati di ostetricia con tempi ben precisi, per quanto riguarda il periodo prodromico, dilatante, espulsivo e del secondamento.

Questi tempi, nel parto in analgesia peridurale, cambiano, quindi vanno rivisti: in effetti questi trattati sono stati scritti, quasi tutti, prima dell'avvento dell'analgesia peridurale;

Uno dei fenomeni meccanici più importanti per l'espletamento del parto è la rotazione interna.

È vero che i farmaci analgesici (naropina) possono leggermente inibire la contrazione riflessa del pavimento pelvico, allungando la rotazione interna, rispetto al travaglio tradizionale, è anche vero che il feto, in genere, non ne risente in maniera sostanziale.

Non è giustificato quando la fase espulsiva è più lunga, optare per l'espletamento del parto con la manovra di Kristeller o con la ventosa ostetrica, se non esistono validi motivi. Viene spesso commesso l'errore di valutazione di quando portare la gestante in sala parto, dove cominciano le fregole. Quando si portano le donne in sala parto e la testa non ha ancora ruotato, il pigiare sulla pancia diventa manovra di routine, più per "sofferenza degli operatori", che non per una reale sofferenza fetale. La manovra di Kristeller, oltre che essere dolorosa per la donna non

è priva di rischi, se l'occipite è in posteriore e la testa non ha ancora rotato, ne sollecita la rotazione verso il sacro, per la ridotta tonicità del pavimento pelvico, data dal farmaco analgesico, che non contrasta la forte spinta data da sopra. In questo modo la testa prende la strada più breve (rotazione sacrale dello occipite), che risulterà, nell'immediato futuro, più lunga e traumatica per i tessuti molli, data la maggior sollecitazione che questa posizione comporta, al momento del disimpegno.

Non abbiamo comunque osservato modificazioni, complessivamente, del tempo necessario all'espletamento del parto.

Il probabile allungamento del tempo di rotazione interna, è compensato da quello acquistato nella fase dilatante. Dopo il posizionamento della peridurale la dilatazione del canale cervicale, spesso procede più spedita. Localmente il reperto della bocca uterina si modifica in senso positivo; nelle nullipare, la dilatazione della cervice, può aumentare anche di tre, quattro centimetri l'ora. Tutto questo è possibile perché inibendo il dolore, avremo meno catecolamine in circolo, con il ripristino delle modificazioni endocrine, respiratorie e metaboliche, l'utero si contrarrà più regolarmente con maggior produzione di lavoro. (Adrenalina e Cortisolo, inibiscono l'attività uterina). Abbiamo acquistato tempo nella dilatazione del canale cervicale, possiamo aspettare di più nella fase di rotazione interna.

Il parere dei Neonatologi è favorevole al parto in analgesia peridurale; la preferiscono, in caso di taglio cesareo, a quella generale, perché evita il passaggio di farmaci anestetici dalla madre al feto.

#### **Conclusioni**

Dall'esame della letteratura prodotta fino ad oggi, riferita all'analgesia in travaglio di parto, è emerso che quella peridurale è il metodo più sicuro ed efficace, pur rimanendo abbastanza invasivo e non scevro da effetti collaterali, anche se minimi. È una scelta che dovrebbe essere consentita a tutte le donne creando in tutte le strutture servizi adeguati, gratuiti e qualificati per il benessere e la sicurezza di tutti.

#### **Bibliografia**

- Manuale di Ostetricia e Ginecologia - Pescetto, De Cecco, Pecorari.
- Manuale dell'Ostetrica di Myles a cura di V.R. Bennett e L.K. Brown.
- Metodi di analgesia in travaglio di parto a cura di: G. Giuliani, M. Masoni; F. Lunardi, B. Meucci.
- Capire e trattare il dolore a cura di: P.F. Mannaioni, M. Maresca, G.P.
- Novelli, P. Procacci, M. Zoppi.

# L' amnioinfusione è una metodica in grado di ridurre significativamente l'incidenza dei tagli cesarei

**Luana Danti, Cristina Barbieri, Alberto Testori, Lorena Barbetti, Daniela Piccinelli, Maria Elena Chiari, Umberto A Bianchi**

Clinica Ostetrico Ginecologica, Università di Brescia

## Introduzione

Le decelerazioni variabili sono le anomalie più frequenti nel tracciato cardiocografico (CTG). Esse sono dovute spesso alla temporanea compressione del funicolo durante la contrazione, ed è dimostrato che tale evento è molto più frequente in presenza di oligoamnios.

Quando persistono nel tempo, esse possono causare ipossiemia ed acidosi nel feto e pertanto la loro presenza è una delle cause più frequenti di taglio cesareo (TC) per sofferenza fetale, definizione storica a cui oggi si preferisce la dizione più adeguata di " tracciato CTG non rassicurante".

La presenza di liquido tinto si associa significativamente ad oligoamnios e al rilievo di decelerazioni variabili durante il travaglio: questa situazione espone il feto ad aumentato rischio di: presenza di meconio sotto le corde vocali, necessità di rianimazione e di ventilazione con pressione positiva, Sindrome da Aspirazione di Meconio alla nascita.

L'impiego dell'Ossigeno in maschera alla madre in caso di tracciato non rassicurante durante il travaglio fonda il suo razionale su studi sperimentali su modello animale e su studi osservazionali eseguiti con l'Ossimetria o con la N.I.R.S. (near infrared spectroscopy), mancando all'oggi una convalida dalla medicina dell'evidenza. Tale procedura sembra migliorare la situazione metabolica fetale in caso di ipossia, aumentando il grado di ossigenazione fetale ed il livello di saturazione per l'O<sub>2</sub> dell'emoglobina fetale. Ciò può prolungare i tempi di tolleranza fetale all'ipossia e potrebbe consentire a molti feti di nascere per via vaginale senza rischio, dato che la fase attiva del travaglio dura in genere solo poche ore. (1-2-3)

Negli ultimi anni si è posta attenzione ad una altra metodica conservativa, l'Amnioinfusione (AI) in fase attiva di travaglio di parto. L'introduzione di soluzione salina in cavità amniotica appare in grado di ridurre il grado di compressione funicolare, specie in presenza di oligoamnios e di diluire il liquido tinto da meconio.

## Studi clinici

Studi clinici randomizzati hanno dimostrato che l'Amnioinfusione (AI) è efficace nel ridurre la quota di TC eseguiti in presenza di decelerazioni variabili persistenti (AI terapeutica: AT) e nel diminuire l'incidenza di Sindrome da Aspirazione di Meconio in caso di liquido tinto 2-3 (AI profilattica dei rischi connessi all'aspirazione del meconio da parte del feto: AP).

Il primo report sull'utilizzo dell'AI in presenza di decelerazioni prolungate o decelerazioni variabili ripetitive in travaglio è uno studio osservazionale di Miyazaki e Taylor, pubblicato sull'Am J Obstet Gynecol nel luglio 1983 (4).

Due anni dopo lo stesso autore pubblicava il primo lavoro prospettico randomizzato sullo stesso argomento: 96 pazienti arruolate per decelerazioni variabili ripetitive, non scomparse col cambio della posizione materna o l'uso di ossigeno. Nel 51% delle pazienti del gruppo di studio (AI), le decelerazioni scomparvero, versus il 4% dei casi del gruppo di controllo.

Questo giustifica la marcata differenza nella percentuale di TC per sofferenza fetale nei due gruppi: 14.8% vs 47.6%. (TABELLA I)

Gli autori concludevano che: " saline amnioinfusion is a logical, safe, simple, and effective therapy for the relief of repetitive variable decelerations in the first stage of labour"(5).

## TABELLA I

"Saline amnioinfusion for repetitive variable decelerations: a prospective randomized study"  
FS Miyazaki, F Nevarez - Am J 1985; 153: 301-306

Primo studio prosp randomizzato:

96 paz

Scomparsa dec : 51 vs 4 %

TC x soff fetale : 14.8 vs 47.6%

Per quanto riguarda l'Amnioinfusione Profilattica (AP), il primo report sul suo utilizzo è stato una pubblicazione di Sadowsky del 1989 (6): furono arruolate 40 pazienti, randomizzate fra AI e usual care.

Le gravide del gruppo di studio ebbero una significativa riduzione dei TC per sofferenza fetale ed in nessun neonato in questo gruppo fu identificato meconio a livello delle corde vocali.

Questo spiega la percentuale significativamente inferiore di neonati acidotici e la necessità ridotta di ventilazione con ossigeno a pressione positiva nel gruppo di studio. (TABELLA II)

TABELLA II

" Prophylactic amnioinfusion during labor complicated by meconium: a preliminary report"  
Y Sadowsky et al Am J 1989; 161:613-7

studio prospettico randomizzato:  
40 paz

TC x soff fet	: 9%	vs	0%	
Mec corde vocali	: 29%	vs	0%	p=0.01
Art ph < 7.20	: 38%	vs	16%	p<0.05
Vent pres pos	: 48%	vs	16%	p<0.05

Da allora gli studi sull'AI in travaglio si sono moltiplicati negli anni e, a garantire l'efficacia della metodica, nel 1995 sulla Cochrane Library sono state pubblicate da G.J.Hofmeyr due Review fondamentali: la prima sull'utilizzo dell'AI in presenza di decelerazioni da compressione del funicolo (Amnioinfusione Terapeutica, AT) (7), la seconda sul suo uso in caso di liquido tinto (Amnioinfusione Profilattica, AP)(8).

Nel primo caso la metodica è in grado di ridurre almeno del 60% i TC eseguiti per sofferenza fetale. (TABELLA III)

Nel secondo, l'AI diminuisce dell'80% il rischio di aspirazione di meconio. (TABELLA IV)

Le review successive della Cochrane Library hanno confermato questi dati, anche molto recentemente (9-10).

TABELLA III

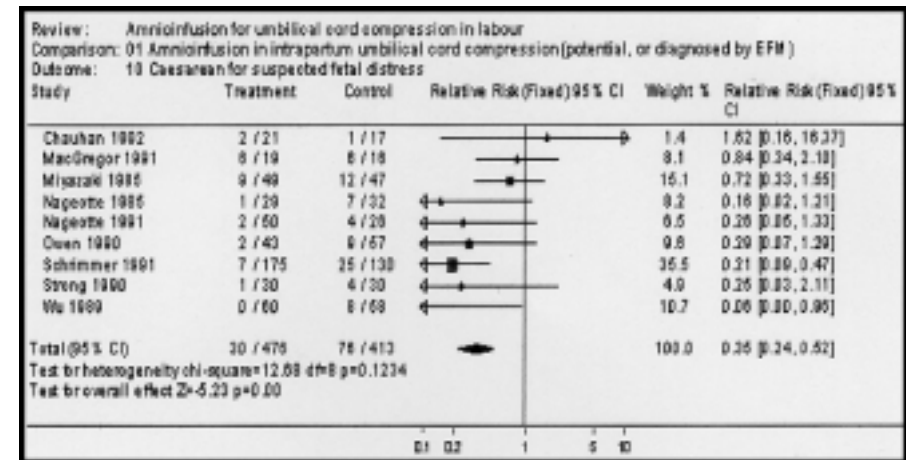
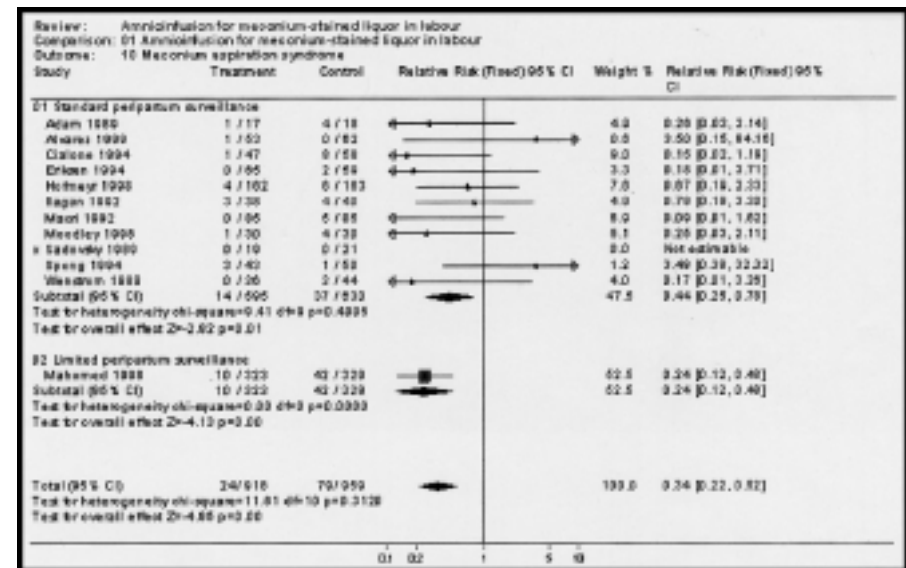


TABELLA IV



L'Amnioinfusione Terapeutica mostra infatti i seguenti vantaggi:

- Dimezza la percentuale di decelerazioni variabili
- Dimezza i TC, eliminando soprattutto i 2/3 di quelli eseguiti per tracciato CTG non rassicurante
- Diminuisce di circa 2/3 i neonati con Apgar < 7 al primo minuto
- Dimezza la quota di neonati con acidosi alla nascita
- Dimezza l'incidenza di morti perinatali
- Dimezza la percentuale di complicanze materne infettive.

Per quanto riguarda invece l'Amnioinfusione Profilattica, i vantaggi dimostrati sono i seguenti:

- Riduce di 2/3 l'incidenza di Sindrome da Aspirazione di Meconio
- Elimina quasi totalmente il rischio di encefalopatia ipossico-ischemica correlato all'aspirazione di meconio
- Riduce di 2/3 la mortalità perinatale
- Dimezza la necessità di ricovero in N.I.C.U. e di ventilazione neonatale
- Dimezza la presenza di decelerazioni variabili
- Riduce conseguentemente di 2/3 i TC per "fetal di stress"
- Dimezza la percentuale di Apgar < 7 al quinto minuto
- Riduce del 40% i neonati con pH < 7.20

Visti tali risultati, validati da corrette metanalisi su studi di buona qualità e potenza (migliaia di pazienti arruolate), l'impiego di questa metodica risulta mandatario nei casi in cui vi siano durante il travaglio attivo decelerazioni variabili e/o liquido tinto di grado medio-severo.

### Metodica

La metodica prevede, in pazienti in travaglio attivo, con membrane rotte e dilatazione cervicale > 3 cm, il posizionamento intrauterino di catetere di Foley N° 14 o 16, raccordato mediante un normale deflussore a soluzione fisiologica.

Previo controllo AFI, il catetere viene posizionato, durante una pausa fra le contrazioni, tra le ore 3 e le ore 6, respingendo delicatamente l'estremo cefalico, ed introdotto per i due terzi della sua lunghezza, senza gonfiare il palloncino.

La soluzione fisiologica a temperatura ambiente viene infusa ad una velocità di circa 10-15 ml/min (200-300 gtt/min); tale velocità tende a diminuire e ad arrestarsi durante la contrazione, indice questo di buon funzionamento del catetere.

Non è stato dimostrato alcun beneficio legato all'uso di soluzione salina preriscaldata o di pompa ad infusione, se la velocità di infusione non supera i valori consigliati (11).

Terminata l'infusione dei primi 500 cc (circa 20-30 min), viene controllato l'AFI: la procedura viene sospesa se l'AFI > 80 mm o se si è avuta la riduzione delle decelerazioni.

L'AFI aumenta in media di 4 cm ogni 500 ml di soluzione salina infusa, ma una parte dell'infusione può uscire durante la contrazione, soprattutto se il catetere non è posizionato bene o se la dilatazione cervicale è molto avanzata. È importante controllare sempre non solo la quota di fisiologica immessa, ma anche la sua eventuale eccessiva fuoriuscita, per posizionare meglio in tal caso il catetere.

Se l'AFI < 80 mm, si continua l'infusione di mantenimento fino al periodo espulsivo, alla velocità di 2-5 ml/min (40-100 gtt/min). L'AI viene inoltre interrotta in presenza di ipertono uterino, ipercinesia, o nel caso in cui le decelerazioni non scompaiano dopo i primi 500 cc di infusione, nonostante il supporto dell'ossigenoterapia materna.

L'AI trova quindi le seguenti indicazioni:

- Presenza di persistenti decelerazioni variabili medio-gravi, che non si sono risolte con procedure conservative (cambio della posizione, sospensione dell'eventuale perfusione ossitocica, >10 min di Ossigenoterapia materna a > 10 L/min) in pazienti in travaglio attivo e membrane rotte e con dilatazione > 3 cm.
- Liquido amniotico tinto (tipo 2-3)

L'AI è controindicata in assenza di attività contrattile, in caso di dilatazione cervicale < 3 cm, di presentazione non di vertice o con parte presentata completamente extrapelvica e ballottabile, nella gravidanza gemellare, in presenza di placenta previa/ distacco di placenta, CTG con variabilità ridotta/assente e decelerazioni tardive.

Rappresentano controindicazioni relative all'AI l'epoca gestazionale < 32 w, un precedente TC e la presenza di parte presentata extrapelvica non ballottabile.

Le complicanze della procedura sono molto rare e per lo più legate ad una non corretta tecnica di esecuzione (mal posizionamento del catetere intracervicale, sovradistensione uterina); pertanto è da considerarsi tecnica efficace e sicura. (12)

### Conclusioni

Fleischer nel lontano 1982 ha dimostrato che, dato un gruppo di feti sani, a termine di gravidanza ed in travaglio con reattività CTG ancora ben conservata, ma con la presenza di decelerazioni variabili ripetitive nel tracciato CTG, se si controlla la situazione emogasanalitica fetale con prelievi seriati dallo scalpo, si vedrà che per almeno 90 minuti nessun feto presenta una situazione di pre-acidosi (pH fra 7.20 e 7.25); dopo 145 minuti il 50% di tali feti è in pre-acidosi; dopo 180 minuti, tutti i feti con questo tipo di tracciato hanno una situazione emogasanalitica di pre-allarme. (13)

Pertanto, se l'AI è davvero in grado di aumentare i tempi di tolleranza del travaglio attivo per il feto, in quanto elimina la causa principale delle decelerazioni variabili da compressione del funicolo, e cioè l'oligoamnios, questo significa che tale

metodica può permettere a molti feti di nascere senza rischio per via vaginale, dato che il travaglio attivo, in genere, dura solo poche ore.

Attualmente in Italia e soprattutto nel Meridione la quota di Tagli Cesarei è molto al di sopra delle percentuali suggerite dall'OMS (15%) e dalle incidenze che si registrano negli Stati del Nord Europa, che, peraltro, hanno valori di mortalità perinatale fra i più bassi del mondo.

Diventa pertanto mandatorio prendere in considerazione tutte quelle metodiche che possono aiutare a ridurre il ricorso al Cesareo e, per quanto riguarda la quota di TC eseguiti per tracciato non rassicurante, l'Amnioinfusione rappresenta il percorso ideale, in quanto validata da molti anni e in maniera definitiva dalla Medicina dell'Evidenza. Non a caso tutte le Revisioni Cochrane sulla Amnioinfusione che si sono succedute dal 1995 presentano tale metodica come una terapia logica, sicura, semplice ed efficace, in grado di eliminare i due terzi dei TC eseguiti per tracciato non rassicurante e i due terzi delle sindromi da aspirazione di meconio.

Dato che le metanalisi fatte si basano su decine di studi ben condotti e su migliaia di casi arruolati e randomizzati in maniera corretta, è quanto mai importante che tale metodica si diffonda capillarmente, e che in tutti i punti nascita, grandi e piccoli, del nostro Paese, le Linee Guida e le Raccomandazioni delle varie Sale Parto ne tengano conto.

Per una implementazione veramente efficace sarebbe opportuno che anche i mass-media contribuissero a diffondere queste informazioni in modo corretto ed adeguato, onde facilitare nelle donne la comprensione che in alcune circostanze il Taglio Cesareo può essere evitato in più della metà dei casi, e che esistono metodiche che permettono di partorire per via vaginale con minori rischi, sia per la madre che per il feto.

### Bibliografia

1. D.I. Eldestone et al "Effects of maternal oxygen administration on fetal oxygenation during reductions in umbilical blood flow in fetal lambs" Am J Obstet Gynecol 1985; 152: 381-88.
2. H. Mc Namara et al "The effect on fetal arteriolar oxygen saturation resulting from giving oxygen to the mother measured by pulse oximetry" Br J. Obstet Gynecol 1993 vol 100, pp. 446-449.
3. C.J. Aldrich et al "The effect of maternal oxygen administration on human fetal cerebral oxygenation measured during labour by near infrared spectroscopy" Br J Obstet Gynecol 1994 vol 101, pp. 509-513.
4. F.S. Miyazaki, N.A. Taylor: "Saline amnioinfusion for relief of variable or prolonged decelerations" Am J. Obstet Gynecol 1983; 146:670-8.
5. F. S. Miyazaki, F. Nevarez " Saline amnioinfusion for repetitive variable decelerations: a prospective randomized study" Am J. Obstet Gynecol 1985; 153:301-6
6. Y. Sadovsky et al "Profilactic amnioinfusion during labor complicated by meconium: a preliminary report" Am J. Obstet Gynecol 1989;161:613-617
7. G. J. Hofmeyr "Amnioinfusion in intrapartum umbilical cord compression" Cochrane Database Review N° 4137 1995.
8. G. J. Hofmeyr "Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour" Cochrane Database Review N° 05379 1995.
9. G. J. Hofmeyr "Amnioinfusion for umbilical cord compression in labour" Cochrane Review: in The Cochrane Library, Issue 3, 2003.
10. G. J. Hofmeyr "Amnioinfusion for meconium-stained liquor in labour" Cochrane Review: in The Cochrane Library, Issue 3, 2003.
11. J.C. Glantz, D.L. Letteney " Pumps and warmers during amnioinfusion: is either necessary?" Obstet Gynecol 1996; 87:150-5.
12. K. Wenstrom, W.W.Andrews, J.E. Maher "Amnioinfusion survey: prevalence, protocols, and complications" Obstet Gynecol 1995; 86:572-6.
13. A. Fleischer: "The development of fetal acidosis in the presence of abnormal fetal heart rate tracing" Am J. Obstet Gynecol 1982; 144:55-60.

# Ambiti di competenza e responsabilità dell'ostetrica/o nella raccolta del sangue placentare

Elsa Del Bo \*, Laura Salvaneschi °

\* Ostetrica Coordinatore Corso di Laurea in Ostetricia, Università degli Studi di Pavia.

° Primario Servizio Immunotrasfusionale IRCCS Policlinico San Matteo Pavia.

## Riassunto:

La donazione di sangue placentare mediante il prelievo dal cordone ombelicale, per la donna che aderisce all'arruolamento, rappresenta senza dubbio l'occasione irrinunciabile di sentirsi utile e, per questo, gratificata. L'ostetrica/o che opera nei diversi ambiti in qualità di professionista versatile e promotrice di salute, vede profilarsi le proprie responsabilità nei confronti della donazione di sangue placentare sotto alcuni aspetti salienti: legislativo, clinico, formativo ed etico.

## Parole chiave:

donazione, sangue placentare, ostetrica/o, responsabilità.

La donazione di sangue placentare mediante il prelievo dal cordone ombelicale, per la donna che aderisce all'arruolamento, rappresenta senza dubbio l'occasione irrinunciabile di sentirsi utile e, per questo, gratificata. Le potenzialità di crescita espresse attraverso "il dare la vita", "il dare alla luce", si completano ed arricchiscono nel momento stesso della donazione, che entra così a far parte del percorso nascita, cioè di quella fase, articolata e strutturata, del ciclo vitale della donna che inizia con il concepimento (forse anche con l'epoca preconcezionale) e si conclude con il puerperio, passando attraverso la formidabile esperienza della gravidanza, del travaglio e del parto. Sono innegabili, all'interno di questo percorso, la centralità della donna, come persona che esprime i propri bisogni di salute, in relazione al benessere del figlio, e la presenza costante dell'ostetrica/o, come professionista adeguatamente preparata a rispondere a questi bisogni, in un'ottica amplificata alle esigenze della coppia e della famiglia.

Nell'erogazione delle sue prestazioni, tra le quali possiamo annoverare il prelievo di sangue placentare dal funicolo, l'ostetrica/o vede profilarsi le proprie responsabilità in funzione di alcuni aspetti salienti della professione:

- Aspetto legislativo
- Aspetto clinico
- Aspetto formativo
- Aspetto etico

Nonostante che in apparenza questi quattro aspetti appartengano a differenti ordini di responsabilità, si può constatare, in realtà, come invece siano legati tra loro da una interazione tangibile a livello operativo, quando cioè la donazione di sangue placentare viene calata nell'attività dell'ostetrica/o dei diversi ambiti professionali.

Parlando di aspetto legislativo, è doveroso creare un preambolo dedicato all'importanza di conoscere a fondo la legislazione che disciplina la nostra professione; importanza che nasce dall'esigenza, per noi e per qualsiasi altro operatore sanitario, di essere sempre all'altezza delle situazioni che si presentano, con un comportamento congruo, atto a prevenire sanzioni o sentenze della magistratura, nell'interesse della persona assistita.

Risale all'ultimo decennio l'emanazione da parte dello Stato di leggi e di decreti ministeriali che inquadrano giuridicamente la nostra professione e la disciplinano.

In ordine cronologico sono:

- D.M. n. 740/94 (Profilo Professionale)
- D.M. n. 168/96
- L. n. 42/99 (Art. 1 comma 2)
- D.M. n. 509/99
- L. n. 251/2000
- D.M. 2 aprile 2001, n. 128
- Codice Deontologico (FNCO, 11 marzo 2000)

Due concetti cardine che emergono e che possono meglio definire la responsabilità dell'ostetrica/o nel contesto "Donazione di sangue placentare" sono senz'altro "competenza e autonomia".

"Competenza" può essere sinonimo di "capacità" che si sviluppa dalla conoscenza acquisita dal percorso formativo accademico, dall'aggiornamento costante e dall'esperienza.

L'autonomia è realizzabile proprio grazie alla consapevolezza dell'essere competente.

La responsabilità dell'ostetrica/o nella donazione di sangue placentare si configura, riguardo all'aspetto clinico, in differenti ambiti e in differenti momenti.

Per quanto riguarda la donna in gravidanza, la promozione della donazione può essere considerata, come intervento di educazione sanitaria (D.M. 740/94 art. 2 comma a), uno degli obiettivi dell'attività di counselling prenatale, svolta dall'ostetrica/o ambulatoriale durante l'intero periodo della gravidanza; dall'ostetrica/o dell'ambulatorio di ecografia e di diagnosi prenatale; dall'ostetrica/o di reparto con le donne degenti; dalle ostetriche/i impegnate/i nei corsi di accompagnamento alla nascita, articolati in una parte teorica e in una parte pratica, svolti solitamente negli ultimi due mesi di gravidanza; dall'ostetrica/o che si occupa dell'ambulatorio di cardiocografia, presso il termine.

L'opera di sensibilizzazione è il passaggio cruciale per avere successo negli arruolamenti, ancor più della donna in gravidanza che recepisce il messaggio in tutta la sua interezza di significato, in quanto già motivata dalla sua "situazione ormonale" ad "aprirsi" nel donare.

A proposito di messaggio, ecco che qui si delineano l'importanza dell'informazione, della sua centralità all'interno del processo di comunicazione e, per l'ostetrica/o la responsabilità derivante dal suo ruolo nell'informative counselling.

L'informazione, prezioso strumento operativo di cui si avvale il professionista sanitario, non è altro che la trasmissione di un messaggio, recepito dall'utente-paziente, che deve soddisfare un bisogno.

Per l'ostetrica/o, l'informazione è sicuramente un momento educativo che va ben al di là della semplice trasmissione di dati.

Una buona informazione implica una buona comunicazione; saper informare significa saper comunicare.

Informare, dunque educare, è una delle abilità peculiari dell'ostetrica/o.

Informare non significa semplicemente fornire dati e conoscenze che la donna deve ascoltare. Esiste una differenza tra dare informazioni e dare consigli. Questi ultimi dicono che cosa è meglio fare e tolgono autonomia di scelta, cosa che viene invece rispettata con il semplice fornire elementi di riflessione. (1)

Ley (1988) suggerisce alcuni criteri per dare informazioni:

- assicurarsi di ciò che la persona vuole sapere
- adeguare il linguaggio
- usare frasi brevi e parole semplici
- essere specifici
- dividere per categorie
- riassumere
- verificare la comprensione di quanto detto. (1)

Inoltre, l'efficacia dell'informazione dipende anche dall'approccio con cui viene fornita, lo stesso approccio neutro e discreto con cui l'ostetrica/o esprime le proprie abilità nell'attuare il counselling:

- Conoscenze teorico-scientifiche

- Capacità di creare un setting adeguato
- Capacità di informare
- Capacità di mettere a proprio agio
- Capacità di ascolto
- Empatia

Oltre che prendersi responsabilità di una corretta metodologia di informare, l'ostetrica/o deve confrontarsi anche con l'esattezza del contenuto dell'informazione e, da qui, l'importanza della verifica delle sue conoscenze attraverso l'aggiornamento. La donna deve essere edotta su alcuni punti fondamentali:

- L'utilità e l'impiego del sangue placentare
- La modalità di arruolamento
- L'impegno a lei richiesto
- L'esistenza di criteri di esclusione
- La reale fattibilità e l'esistenza di controindicazioni di ordine ostetrico-neonatale da valutare al momento del parto
- La modalità di prelievo

Il passaggio successivo in cui viene messo in evidenza l'aspetto clinico della responsabilità dell'ostetrica/o, è rappresentato dall'arruolamento, momento in cui viene raccolta l'anamnesi accurata, visionata la serie di esami ematochimici e sierologici, e firmato il consenso alla donazione (per motivi organizzativi, a Pavia l'arruolamento è a carico dei medici del Centro Immunotrasfusionale, mentre negli ospedali della provincia viene effettuato anche dall'Ostetrica/o).

Mi sembra opportuno soffermarmi sul significato di consenso per richiamare alcuni concetti che conducono ad un modello comportamentale, basato sulla condivisione, di indubbia responsabilità.

"Consenso", dal verbo consentire, "sentire insieme" (etimologia latina), esprime una conformità di intenti che, oltre ad essere lo stile di un rapporto, è la premessa all'atto ultimo di sintesi, rappresentato dall'espressione di un permesso da parte della persona assistita nei confronti di qualsiasi professionista della salute, quindi anche dell'ostetrica/o in relazione all'attività opportuna o necessaria". (D. Rodriguez) (2)

"Il consenso è dunque da intendere come:

- Processo di partecipazione preliminare
- Atto di adesione, o non adesione ad eventuali proposte sanitarie.

Il termine processo vuole esprimere il continuo divenire del rapporto mentre con il sostantivo atto si pone l'accento sul momento della scelta decisionale". (D. Rodriguez) (2)

"Il consenso può essere considerato come l'insieme delle due fasi, a ciascuna delle quali è collegato un sistema di valori:

La valorizzazione del rapporto, inteso come diretto e non mediato tra professionista della salute e paziente

L'autodeterminazione (libertà di scelta) della persona assistita in ordine al pro-

cesso conoscitivo ed a quello decisionale relativamente alle sue condizioni di salute". (D. Rodriguez) (2)

Esiste poi, desumibile da alcuni riferimenti normativi, una ulteriore concezione di consenso valido al trattamento sanitario.

"In questa concezione, il consenso, per essere valido, deve vedere rispettati i due requisiti fondamentali, quello di essere informato e quello di essere consapevole. Infatti, la persona esprime un consenso informato quando ha ricevuto adeguata conoscenza della materia su cui è chiamata a decidere; esprime un consenso consapevole, la persona che è in grado di operare scelte razionali sulla base di adeguata conoscenza". (D. Rodriguez) (2)

"Di conseguenza, per il professionista della salute, il significato del consenso, che di per sé è un atto che attiene alla persona chiamata a decidere, è esattamente quello di:

- a) informare l'assistito,
- b) valutare se abbia raggiunto la consapevolezza". (D. Rodriguez) (2)

Ora, l'ostetrica/o che si pone di fronte alla futura donatrice per assolvere al delicato, quanto complesso, compito dell'arruolamento, deve essere consapevole che l'assunzione di responsabilità riguardo al consenso non si esaurisce nel semplice avvio di una procedura ma si contempla nel rispetto del suo preciso significato.

In sala parto, due sono gli ambiti in cui l'ostetrica/o opera con funzioni e responsabilità differenti nei confronti della donazione, il coordinamento e l'assistenza al prelievo.

L'ostetrica coordinatrice di sala parto si pone come obiettivo l'ottimizzazione della qualità della donazione nel raggiungimento del quale si prende responsabilità di alcuni step nell'ambito più generalizzato delle sue funzioni manageriali e di supervisione:

- Mantenere il contatto con il Servizio Immunotrasfusionale per gli eventuali aggiornamenti e per il passaggio di informazioni al personale ostetrico ed al personale di supporto
- Addestrare il personale ostetrico ed il personale di supporto di nuova assunzione
- Assicurare la fornitura delle scorte di materiale per il prelievo e della modulistica cartacea
- Promuovere una buona comunicazione tra i membri dell'équipe ostetrico-neonatale nel caso di donazione in sede di taglio cesareo e, ancor più, nel caso di una donazione riservata
- Verificare la qualità dei prelievi consultando i dati forniti dal Servizio Immunotrasfusionale.

L'ostetrica/o che assiste al parto effettua il prelievo di sangue placentare dal cordone ombelicale; le sue responsabilità sono essenzialmente di due tipi, cognitiva e applicativa, una legata alla conoscenza ed una legata alla manualità.

Infatti, è di fondamentale importanza saper individuare tempestivamente la pre-

senza di una delle controindicazioni al prelievo che può manifestarsi già prima del travaglio/parto oppure in qualsiasi altro periodo del travaglio, ponendo attenzione alla diagnosi. Operativamente, oltre a conoscere alla perfezione le procedure legate alla conservazione del sangue prelevato ed al suo invio, l'ostetrica/o effettua il prelievo con la tecnica dell'early clamping, osservando scrupolosamente i principi di asepsi.

Alla mano dell'ostetrica/o, dunque, sono affidate la delicatissima operazione che, in caso positivo, garantirà il successo della raccolta, e la responsabilità di essere sempre all'altezza del suo compito.

Ed è con questa motivazione che la sua funzione non si esaurisce nell'esecuzione del prelievo di sangue cordonale come tecnica fine a sé stessa, ma trova la sua prolusione nell'insegnarla alle studentesse del Corso di Laurea in Ostetricia, durante il loro tirocinio professionalizzante.

L'aspetto formativo della responsabilità dell'ostetrica/o, si esplica essenzialmente attraverso tre ambiti della formazione:

- Docenza MED/47
- Docenza tutoriale
- Addestramento del personale di supporto.

#### **Docenza Med/47**

Dal 1996, anno in cui fu attivato il Diploma Universitario con il D.M. n. 168/96, ad oggi, momento in cui la formazione di base dell'ostetrica/o è rappresentata da un Corso di Laurea triennale (D.M. 2 aprile 2001, n. 128), l'ostetrica/o è impegnata/o nella didattica frontale come docente di corsi ufficiali afferenti al settore scientifico disciplinare di sua pertinenza, il MED/47, in ciascuno dei quali vengono inseriti contenuti didattici richiesti per il raggiungimento di obiettivi programmati e codificati (Regolamento didattico). La tecnica di prelievo di sangue placentare è uno dei contenuti appartenenti al corso ufficiale "Infermieristica speciale ostetrica", insegnato al II semestre del II anno, nel contesto più ampio dell'assistenza al travaglio/parto fisiologici, insegnata dall'ostetrica che fornisce alle studentesse le conoscenze necessarie all'applicazione pratica.

#### **Docenza tutoriale**

Le ostetriche/i a cui sono affidate le studentesse per il tirocinio professionalizzante, nell'ambito dell'assistenza in sala parto, consentono loro di imparare la tecnica del prelievo, con la progressiva acquisizione di autonomia.

#### **Addestramento del personale di supporto**

Il D.M. n. 740/94 art. 4 cita: "L'Ostetrica/o contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca".



L'ostetrica/o turnista di sala parto ha la responsabilità della gestione del proprio turno, anche nei confronti del personale di supporto che a lei fa riferimento e da lei viene coordinato al momento della donazione con precise istruzioni.

Riguardo alla formazione, dunque, la responsabilità professionale dell'ostetrica/o consta di:

- Preparazione scientifica
- Esperienza
- Consapevolezza di trasmettere, oltre alle conoscenze, i valori su cui costruire la medesima responsabilità dell'essere competente e del possedere una dignità professionale.

E proprio di dignità professionale si parla affrontando l'aspetto etico della responsabilità dell'ostetrica/o, aspetto etico che racchiude, se vogliamo, tutti gli aspetti precedentemente esaminati, in riferimento ai vari ambiti in cui l'ostetrica/o, si dedica alla donazione di sangue placentare. La dignità professionale è sinonimo di rispetto:

- Rispetto di se stessa come professionista
- Rispetto dei valori appartenenti alla propria disciplina, manifestati ed espressi agli altri attraverso un comportamento consono a qualsiasi situazione
- Rispetto delle altre professionalità con cui si trova a collaborare con atteggiamento positivo e propositivo (il rispetto reciproco tra operatori sanitari in riferimento al ruolo, alle competenze e alla dignità professionale è un dovere deontologico contenuto nei Codici deontologici dei professionisti sanitari).

L'atto della donazione di cellule staminali del sangue placentare presenta, di per sé, aspetti etici e bioetici. È etico, oltre che decoroso per l'ostetrica/o, ogni singolo impegno sia pratico che organizzativo:

- La preparazione tecnico-scientifica di base mantenuta con l'aggiornamento
- L'opera di divulgazione presso le donne e di sensibilizzazione della donna gravida
- L'informazione
- Il management in sala parto
- La verifica della qualità del prelievo
- La formazione.

Considerando l'alto valore scientifico e morale ascrivito alla donazione di sangue placentare, la serietà e l'impegno di coloro che partecipano all'organizzazione, si può affermare che il ruolo dell'ostetrica/o, qualsiasi sia l'ambito in cui essa esprima le proprie abilità, si cala in quella ampia visione etica della responsabilità che si fonda essenzialmente sul rispetto della persona come rispetto della vita, sulla consapevolezza da parte dell'ostetrica/o di appartenere ad una "professione d'aiuto",

sull'operare secondo scienza e coscienza, sul possedere un'identità professionale, il cui substrato è la fiducia nella propria identità personale per poter essere d'aiuto alla donna, al suo bambino e al prossimo.

#### **Bibliografia**

1. Del Bo E. - "Il counselling e la formazione" - Atti del Convegno "Eventi riproduttivi il Counselling dell'Ostetrica/o" - Pavia 16/17 novembre 2001.
2. Rodriguez D. - "Professione Ostetrica/o. Aspetti di Medicina legale e responsabilità" - ELEDA Edizioni, Milano 2001.

## Gestione del rischio clinico in un reparto di ostetricia e ginecologia: modello sperimentale

S. Dell'Acqua

Direttore U.O. di Ostetricia e Ginecologia di Grosseto USL 9 Toscana

### Premessa

Un elemento vitale del Governo Clinico è la gestione del rischio, ossia quell'area in cui gli eventi avversi vengono identificati, analizzati, discussi apertamente e possibilmente risolti avendo comunque appreso dagli stessi.

La Gestione del Rischio consiste nell'adottare una politica che promuova a livello di singola struttura sanitaria o di USL, l'uso sistemico dell'analisi e della riprogettazione dell'organizzazione, l'uso della ricerca, del confronto, della raccolta e dello studio dei dati allo scopo di progettare processi a prova d'errore.

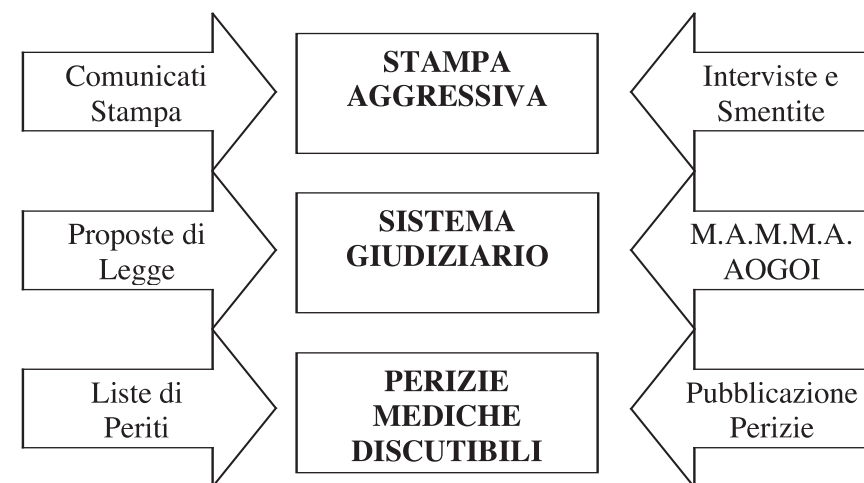
Con questo obiettivo, nel 2004, lo staff del Reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Grosseto ha avviato un'indagine sulle esperienze e sulle metodologie utilizzate ovunque per affrontare il problema dell'evento avverso, con particolare attenzione al progetto di Risk Management della ASR della regione Emilia Romagna.

Sono state studiate le importanti iniziative dell'AOGOI (fig. 1) focalizzate principalmente sul singolo professionista o su un sistema esterno al sanitario sul quale è stato comunque difficile intervenire ed i cui esiti sono stati spesso indipendenti dallo sforzo risolutivo dell'associazione.

Tutti questi interventi possono essere considerati come contributo importante ma non risolutivo; oggi infatti è possibile utilizzare metodologie specifiche in grado di monitorare, minimizzare e prevenire il rischio complessivo.

Per raggiungere questo obiettivo, oltre a conoscere, nei dettagli, meccanismi e cause dell'errore, è indispensabile mettere a punto un sistema di rilevazione ed una serie di tecniche di prevenzione: questo configura il concetto di gestione del rischio clinico che ovviamente necessita di sostanziali progressi sia organizzativi sia culturali.

Fig. 1



È necessario riconoscere che l'errore è parte integrante della natura umana, anche tra operatori sanitari con standard professionali d'eccellenza; solo considerando l'errore come "Difetto del Sistema" e non del singolo professionista è possibile mettere in atto le contromisure necessarie a ridurre il rischio di errori e di conseguenze per i pazienti.

Utilizzando concetti sviluppati nei paesi anglosassoni, oggi si deve sviluppare una "cultura del rischio" centrata su una logica orientata alla prevenzione e fondata sulla convinzione che gli errori (frutto di una interazione fra fattori tecnici, organizzativi e di processi) rappresentano, se analizzati con metodo, una preziosa opportunità di miglioramento.

Oggi possiamo essere incisivi se focalizziamo i nostri sforzi al nostro interno, se siamo parte attiva nel fare assistenza secondo criteri di prevenzione, cioè se costruiamo la nostra struttura assistenziale come un insieme di processi efficaci, il cui utilizzo riduca la probabilità di eventi avversi.

Oggi nella gestione del rischio clinico possiamo intervenire in due modi, con una serie di strumenti che sono già di uso corrente sia nel mondo industriale che sanitario: possiamo cioè intervenire a posteriori con una serie di analisi sugli eventi accaduti (strumenti reattivi), oppure in modo preventivo e certamente più efficace (strumenti proattivi), utilizzando metodologie specifiche già largamente sperimentate in organizzazioni complesse. (fig 2)

Fig.2

REATTIVI	PROATTIVI
1. Analisi cartella e documentazione clinica.	1. Analisi dei processi /percorsi con diagrammi di flusso.
2. Scheda di rilevazione dei rischi e soprattutto dei near miss.	2. Applicazione del metodo FMEA / FMECA.
3. Audit / Review dei casi clinici con andamento periodico.	3. Monitoraggio delle misure messe in atto per la prevenzione dell'errore
3. Analisi appropriatezza degli interventi anche in base all'EBM.	4. Implementazione e sostegno attivo delle soluzioni proposte
5. Root Causes Analysis (ricerca delle cause con metodo induttivo che procede in profondità sino alle loro radici)	

Negli ultimi anni il Reparto di Ostetricia e Ginecologia di Grosseto è stato in continua evoluzione sia per sviluppare competenze professionali che per adeguarsi alla continua evoluzione del sistema sanitario; dall'ottobre 2004 queste energie sono state indirizzate alla gestione del rischio clinico utilizzando metodologie già in uso nel reparto stesso, che sono state oggetto di specifici interventi formativi avvenuti negli anni precedenti.

Tutto il personale è stato negli anni 1998-2003 formato: a) alla comunicazione interna/esterna; b) all'utilizzo quotidiano degli strumenti di analisi e miglioramento continuo della qualità dei processi; c) al lavoro di gruppo, permettendo la successiva introduzione del briefing quotidiano; d) all'adozione di linee guida e successivi protocolli diagnostico-terapeutici ed assistenziali condivisi da tutto il personale; e) all'audit interno con tutto il settore materno-infantile, su alcuni eventi di interesse comune ostetrico-pediatico e sugli eventi sentinella.

Infine, si è utilizzato uno specifico progetto obiettivo per l'incentivazione del comparto infermieristico che prevedeva la segnalazione su schede anonime di ogni evento che avrebbe potuto generare un errore.

Quanto sopra ha permesso l'introduzione di un progetto di "Clinical Risk Management" secondo lo schema di seguito illustrato.

### Strumenti utilizzati nel progetto di Grosseto

A) Scheda di segnalazione "potenziali" errori simile a quella introdotta all'Istituto San Raffaele di Milano.

Lo scopo della raccolta di queste schede non deve essere la ricerca del colpevole, bensì la promozione della sicurezza del paziente e dell'operatore attraverso la condivisione delle informazioni.

Gli eventi da riportare sono tutte le situazioni o gli errori che si verificano nell'attività sanitaria quotidiana e che potenzialmente rappresentano un rischio di danno a carico degli utenti e/o degli operatori.

La sorveglianza degli errori che non hanno arrecato danni, ma che avrebbero potuto farlo, favorisce la realizzazione di interventi atti alla loro eliminazione prima che il danno si verifichi.

Lo sviluppo di una precisa politica di segnalazione dei rischi nell'ambito delle attività di un reparto ospedaliero permette un feedback significativo per chi segnala un incidente ed è fondamentale per il successo dell'iniziativa.

B) Metodologia FMEA. L'acronimo significa "Failure Mode and Effect Analysis" cioè "analisi dei modi di guasto o dei difetti". FMEA è una metodologia non rigorosamente scientifica che consente di ottenere elevati livelli di affidabilità, prevenendo e prevenendo possibili guasti e/o difetti e/o errori (G/D/E) ovvero possibili non conformità dannose.

Applicata al comparto sanitario questa metodologia viene chiamata anche HFMEA.

Tale metodologia si avvale della scomposizione dei principali processi assistenziali del Reparto secondo una visualizzazione grafica rappresentata: a) dal diagramma di flusso a matrice, che ricostruisce il flusso delle attività di processo, identificando gli attori responsabili; b) da un diagramma di causa/effetto per l'identificazione delle cause-radici dei potenziali errori; c) dal successivo utilizzo di schede per il lancio/attuazione di azioni correttive/preventive.

### Metologia

È stato tenuto un corso di formazione, con l'intervento di un esperto di Risk Management, per tutto il personale del Dipartimento Materno - Infantile dell'UsI di Grosseto. Tale corso ha avuto la durata di 2 giorni: la prima giornata si è caratterizzata per una forte animazione culturale sui principi, valori e filosofia del Risk Management (centralità della gestione del rischio e del concetto di prevenzione degli errori, responsabilità degli attori di processo, apprendimento dall'errore, ecc.), nonché sulle metodologie operative più avanzate di prevenzione del rischio clinico.

La seconda giornata è stata dedicata ad una esercitazione di gruppo, nella quale è stata analizzata la principale attività di un reparto di ostetricia: l'assistenza ad un travaglio di parto fisiologico.

In sintesi, gli obiettivi dell'intervento formativo sono stati:

Acquisire una conoscenza adeguata degli elementi più significativi del Risk Management, con riferimento alle aziende sanitarie

Acquisire una conoscenza approfondita delle tecniche di gestione/prevenzione del rischio clinico.

Sviluppare la capacità e la motivazione dei singoli operatori sanitari di applicare le predette tecniche all'interno dei processi in cui operano, al fine di prevenire eventi avversi e dannosi per i pazienti, per se stessi, per gli altri operatori e per l'USL in generale.

Favorire il lavoro di gruppo per lo svolgimento delle attività di gestione/prevenzione del rischio.

È stata illustrata la scheda di segnalazione dei "potenziali" errori, con la spiegazione di evitare di rendere riconoscibile l'evento ed identificabili gli attori, ma di segnalare tutto ciò che è ritenuto opportuno, incluse le considerazioni sulle eventuali cause dell'evento.

Le schede devono essere compilate per ogni evento rilevato, devono essere numerate progressivamente e devono essere raccolte mensilmente e consegnate al direttore del reparto.

L'analisi delle stesse viene effettuata dal Gruppo di Gestione del Rischio precedentemente costituito (non più di 6/7 persone scelte tra tutte le professionalità presenti nel reparto).

Con l'utilizzo del diagramma causa/effetto si individuano le cause-radici dei principali eventi avversi classificati per priorità con la tecnica di Pareto e, successivamente, si propongono le correzioni più opportune per rimuovere definitivamente dette cause/radici o quanto meno per ridurre gli effetti dannosi.

Lo stesso Gruppo di Gestione del Rischio stabilisce i criteri di verifica, adoperandosi per il mantenimento nel tempo dei risultati di miglioramento ottenuti (standardizzazione dei risultati).

Utilizzando il metodo FMEA, i gruppi di lavoro costituiti nel dicembre 2004 identificheranno, nei processi esaminati, le criticità di guasto/difetto/errore (G/D/E) calcolando l'indice di priorità del rischio (IPR) secondo la seguente scaletta operativa:

Scomposizione del processo in attività elementari utilizzando il diagramma di flusso a matrice ed identificazione degli operatori responsabili.

Identificazione, per ogni attività elementare, dei possibili modi di G/D/E di esecuzione.

Analisi degli effetti di G/D/E. Per gli effetti più critici deve essere realizzata una analisi delle cause spinta sino alle cause-radici.

Costruzione delle tre scale di criteri di valutazione/misurazione delle Probabilità (P), della Gravità (G) e della Rilevabilità (R) dei G/D/E.

Determinazione per ogni G/D/E di esecuzione dei livelli di probabilità (P), di gravità (G) e di rilevabilità o identificazione (R).

Calcolo degli indici di priorità di rischio (IPR) che devono essere ordinati per valori decrescenti.

Inoltre, i gruppi di lavoro predetti identificheranno ed attueranno le azioni correttive preventive più opportune per garantire la massima efficacia degli output di processo.

### **Conclusioni**

Poiché i processi chiave clinico-sanitari dell'area Ostetrico-Ginecologica non sono molto numerosi si pensa di completare l'intervento entro un anno.

Attualmente sono disponibili solo i lavori dell'esercitazione avvenuta durante la formazione, che hanno già permesso di introdurre alcune piccole modifiche nell'organizzazione del reparto.

Si ritiene che questa metodologia introdotta sperimentalmente a Grosseto possa essere facilmente esportabile in ogni realtà Ospedaliera della Regione.

Per quanto riguarda il settore Ostetrico-Ginecologico si auspica che questa metodologia possa essere per lo meno introdotta in tutta la Regione Toscana utilizzando la suddivisione della stessa nelle tre Aree Vaste, che faciliterebbe l'iter della formazione al metodo.

Per quanto riguarda infine l'AUSL di Grosseto, sia il reparto di Medicina che quello di Chirurgia hanno già chiesto di poter introdurre la stessa metodologia nell'anno corrente.

## Quale modello organizzativo nella Day Surgery in ginecologia e ostetricia?

**Ostetrica DAI Monica Molinar Min**

**ASO San Giovanni Battista di Torino**

**Vice Presidente Collegio Interprovinciale delle Ostetriche di Torino e Asti**

La crisi dei sistemi sanitari degli ultimi decenni ha interessato in particolare l'organizzazione ospedaliera. La necessità di rivedere le politiche assistenziali nei confronti degli utenti bisognosi di intervento in corso di ricovero ha favorito l'utilizzo della pratica della Day Surgery al fine di determinare un pronto rientro della spesa sanitaria e permettere al cittadino di usufruire di strutture alternative al ricovero a costi più contenuti.

La **Chirurgia di giorno (Day Surgery)** è un'attività assistenziale, a carattere prevalentemente terapeutico, caratterizzata da ricoveri in forma programmata di durata inferiore ad un giorno e con possibilità di pernottamento, organizzati al fine di consentire l'esecuzione di interventi di piccola e media chirurgia con efficacia e sicurezza sovrapponibili a quelle del regime di ricovero ordinario.

In base alla definizione formulata dalla Commissione Ministeriale della Day Surgery, si definisce day surgery *"la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa, delle strutture sanitarie pubbliche e private di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o procedure terapeutiche invasive e semi invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, o con eventuali pernottamento, in anestesia locale, loco regionale o generale"*.

Negli Stati Uniti, in regime di Day Surgery è praticato il 60% di tutte le patologie di pertinenza chirurgica e, questo, è reso possibile dalla semplificazione delle tecniche chirurgiche e dall'affinamento delle procedure anestesologiche.

Le Linee guida per le attività di day surgery approvate dalla Conferenza Stato-Regioni nell'agosto 2002 stabiliscono che tale regime assistenziale richiede un'opportuna formazione tecnico-professionale del personale e si caratterizza per:

- la specificità di alcuni aspetti organizzativi delle attività cliniche, quali la concentrazione nel tempo e nello spazio delle risorse e delle attività
- essere dedicata esclusivamente ad attività elettive

- la chiara definizione di procedure e percorsi
- la particolare attenzione nel garantire la continuità assistenziale.

La chirurgia di giorno è un modello assistenziale che non deve però essere considerato d'importanza minore rispetto al regime d'assistenza chirurgica tradizionale; in quanto si propone come un modello alternativo a quello consueto e consente una diversificazione dell'offerta sanitaria per i cittadini e una maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle tipologie di assistenza, contribuendo al miglioramento complessivo dell'efficienza delle strutture sanitarie, permettendo così di soddisfare la crescente domanda di servizi garantendone la qualità e l'efficacia.

Lo sviluppo delle attività di day surgery si inserisce nell'ambito del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e del miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie.

La struttura della Day Surgery risponde a tre esigenze fondamentali:

1. umanizzare l'assistenza fornendo alla persona assistita un trattamento appropriato in ambiente protetto ed evitando il ricovero notturno in quanto non strettamente richiesto dal punto di vista clinico,
2. razionalizzare l'assistenza ottimizzando il consumo di risorse e il miglioramento dell'efficienza,
3. facilitare il percorso assistenziale della persona assistita.

I vantaggi che l'utente percepisce immediatamente da questo tipo di prestazioni sono legati a un'individualizzazione dell'assistenza: con la day surgery l'intervento chirurgico rappresenta un'interferenza minima nelle abitudini di vita dell'utente e non una situazione invalidante, la ripresa precoce delle normali attività e la rapida reintegrazione nell'ambiente familiare sono un fattore importante per la scelta di questo regime assistenziale.

### **Modelli Organizzativi di Day Surgery**

Esistono tre modi per svolgere l'attività chirurgica in day surgery:

1. Presidio autonomo di day surgery (centro chirurgico di day surgery), costituito da una struttura, pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti. Tale presidio deve essere funzionalmente collegato a una struttura ospedaliera che effettua ricoveri ordinari per acuti, situata a una distanza compatibile con l'efficace gestione di eventuali complicanze.
2. Unità di day surgery, monospecialistica o plurispecialistica, posta all'interno di una struttura di ricovero a ciclo diurno pubblica o privata, dedicata all'erogazione di ricoveri a ciclo diurno per acuti. L'Unità di day surgery può avere spazi di degenza e sale operatorie dedicate, oppure può utilizzare le sale operatorie in comune con altre unità operative stabilendo una turnazione programmata dell'attività.

3. Posti letto dedicati nell'ambito delle unità di degenza ordinaria presenti nelle strutture di ricovero per acuti pubbliche o private.

Numerosi sono i vantaggi del sistema di Day Surgery, oltre alla pari efficacia e qualità rispetto al modello tradizionale:

- riduce notevolmente i costi di ospedalizzazione a carico dell'Azienda pur fornendo una prestazione altamente qualificata
- favorisce il superamento delle liste d'attesa che oggi più che mai sta richiamando l'attenzione del Governo anche a livello legislativo
- coinvolge il medico di Medicina Generale, figura professionale imprescindibile da qualsiasi processo innovativo e di riforma
- determina un effetto compensativo: la moderna procedura mette in atto una maggiore disponibilità di posti letto per acuti e per casi chirurgici più importanti
- permette un'individualizzazione dell'assistenza grazie ai percorsi assistenziali e ai profili di cura
- favorisce un precoce ritorno all'attività lavorativa e alla vita di relazione
- riduce il trauma operatorio
- annulla il rischio di infezioni ospedaliere
- favorisce l'integrazione del processo di formazione del personale medico, ostetrico infermieristico ed amministrativo, che sarà adeguato alla nuova impostazione organizzativa.

Attivare la Day Surgery significa affidare a professionisti competenti l'opportunità di individuare la specifica domanda di assistenza, favorendo lo sviluppo di una cultura che contiene la specificità della funzione assistenziale come valore sociale in sé perché tendente alla soddisfazione di un bisogno irrinunciabile.

La normativa vigente ed in particolare quella relativa all'accreditamento, prevede che la day surgery risponda a requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per garantire, da un lato, i potenziali utenti e dall'altro offrire un valido strumento di controllo della qualità in tema di day surgery.

I requisiti minimi per le unità di day surgery sono:

- generali (accessibilità, spazi, utilizzo esclusivo, emergenze)
- presenza di sala operatoria (zona filtro, locali e servizi annessi: deposito materiale sterile e strumentario chirurgico, zona preparazione utenti, deposito sporco e pulito, zona preparazione personale addetto, zona risveglio, sala operatoria dedicata, locale endoscopia, substerilizzazione etc.)
- tecnologici (attrezzature)
- organizzativi (unità autonome dedicate, unità di degenza, letti dedicati)
- continuità assistenziale (rapporti con strutture di degenza)
- regolamentazione delle fasi di ammissione, cura e dimissione
- personale (dotazione minima, qualifica, figure responsabili e relativi compiti)
- controllo di qualità (liste di attesa, monitoraggio delle attività e monitoraggio delle complicanze).

### Quale modello organizzativo per la ginecologia e l'ostetricia?

In genere le attività di Day Hospital che comprendono anche le attività chirurgiche, sono disciplinate da un apposito regolamento approvato dall'Azienda sanitaria nel quale vengono specificati i requisiti strutturali, organizzativi e funzionali. Per essere considerata una scelta efficiente ed efficace, l'attivazione di un'unità di Day Surgery deve essere preceduta da una valutazione della possibilità di riconversione di posti letto ordinari in posti letto a ciclo diurno.

L'impegno delle Strutture Complesse di Ostetricia e Ginecologia è rivolto al mantenimento e al perfezionamento delle attività istituzionali di assistenza, quali la prevenzione, la diagnosi e la cura della patologia dell'apparato genitale femminile e della gravidanza.

Particolare attenzione è stata rivolta negli ultimi anni allo sviluppo di tecniche chirurgiche innovative e poco invasive come la laparoscopia e l'isteroscopia che possono evitare, in alcuni casi, l'intervento chirurgico tradizionale per via addominale, consentendo così ridotti tempi di degenza e un notevole miglioramento del decorso postoperatorio.

Per attuare un modello organizzativo di day surgery in una Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia, gli obiettivi che vanno perseguiti sono:

- ridurre le liste di attesa per alcune tipologie di interventi
- garantire ottimali standard qualitativi di assistenza e di comfort alle utenti
- aumentare la soddisfazione delle utenti
- ridurre l'incidenza delle infezioni nosocomiali
- garantire maggiore appropriatezza dei ricoveri
- aumentare l'efficienza operativa e gestionale
- razionalizzare il costo dell'assistenza ospedaliera.

L'organizzazione, nel rispetto dei requisiti, deve prevedere posti letto dedicati all'interno della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia e il supporto di un'adeguata attività ambulatoriale. I posti letto dedicati potranno essere in funzione dalle ore 7.00 alle ore 19.00 dei giorni feriali prestabiliti per l'attività di day surgery.

All'attività di day surgery deve essere dedicata:

- almeno un'intera seduta operatoria, svolta nel blocco operatorio dove abitualmente viene svolta l'attività della Struttura Complessa
- almeno un turno ambulatoriale dedicato all'accettazione ed ai controlli post operatori.

Le seguenti patologie ginecologiche sono trattabili in regime di day surgery:

- Agobiopsie ecoguidate
- Asportazione di cisti cutanee vulvo-perineali
- Asportazione di cisti vaginali
- Asportazione di fibromiomi sottomucosi in espulsione
- Asportazione di noduli mammari

- Biopsia linfonodale
- Conizzazione L.A.S.E.R. o con elettroresettore ad alta frequenza (LEEP)
- Drenaggio di ascessi
- Duttulo-galattoforectomia
- Ginecomastia (per gli uomini)
- Isteroscopia in narcosi
- Laparoscopie diagnostiche
- Marsupializzazione di cisti della ghiandola del Bartolini
- Plastica dell'introito per vestibulite
- Plastica vulvare per esiti d'infibulazione
- Polipectomie
- Quadrantectomia
- Raschiamenti diagnostici
- Tumorectomia
- Vaporizzazione in anestesia generale con LEEP di vaste lesioni policentriche condilomatose

Le seguenti prestazioni ostetriche sono trattabili in regime di day surgery:

- Amniocentesi
- Funicolocentesi
- Villocentesi
- Revisioni di cavità per aborto interno o incompleto
- IVG

La selezione delle persone assistite riveste un'importanza fondamentale in quanto consente di ridurre notevolmente il rischio di complicanze e di fallimento del trattamento. La selezione va fatta in base a criteri clinici e socio familiari, per garantire loro gli stessi standard di qualità offerti con il ricovero tradizionale. Le donne che si sottopongono ad interventi chirurgici in regime di day surgery devono essere in buone condizioni generali e per la loro selezione è stato indicato come riferimento la classificazione proposta dall'America Society of Anesthesiology (classificazione Asa), che individua cinque differenti classi. Le persone appartenenti alle prime due classi sono considerate candidate ideali a tali regimi assistenziali, mentre l'estensione alle appartenenti alla classe terza prevede un attento esame clinico della donna stessa che, solo dopo accurate indagini e controlli, potrà essere sottoposta ad intervento chirurgico (preferibilmente, comunque, in anestesia locale o loco-regionale). Sono così eleggibili le persone in buone condizioni di salute (classe I) e persone con malattie sistemiche minori che non interferiscono con le normali attività (classe II), nonché quelli con patologie associate di grado severo (ipertensione, diabete, cardiopatie, pneumopatie) in fase di compenso e ben controllate dalla terapia (classe III), eventualmente facendo ricorso al pernottamento. Sono in ogni caso escluse dal trattamento secondo tali regimi assistenziali le urgenze chirurgiche.

Altri criteri di selezione sono rappresentati dall'età, dal peso e anche dai fattori logistici e familiari. Relativamente alla situazione logistica è preferibile che la residenza delle utenti non sia lontana dall'Ospedale di riferimento e comunque la distanza o il tempo di percorrenza siano tali da permettere un tempestivo intervento in caso di necessità. E' fondamentale valutare la possibilità per le utenti di essere assistite durante il ricovero e dopo l'intervento da un familiare o da una persona di fiducia, opportunamente istruiti, che dovranno farsi carico di accompagnarla presso la propria abitazione e garantire tutta l'assistenza necessaria, soprattutto nelle prime 24 ore dall'intervento.

I locali adibiti all'attività di day surgery non possono essere utilizzati per altre attività, possono però essere condivisi con la degenza ordinaria a patto che siano individuabili spazi distinti per le attività di accettazione e/o pre-ospedalizzazione, di degenza e di supporto per il personale al fine di garantire un flusso razionale delle utenti e di consentire:

- l'accoglienza della donna e di un suo accompagnatore
- la preparazione all'intervento chirurgico
- la sorveglianza nell'immediato postoperatorio
- la tutela della riservatezza e del comfort delle persone assistite.

In una struttura di day surgery è importante standardizzare le procedure diagnostiche e terapeutiche come elemento guida per il trattamento, elaborando un percorso in quattro fasi:

- a. fase pre-ricovero
- b. ricovero e fase pre-operatoria
- c. fase post-operatoria
- d. dimissione

Il percorso dell'utente in day surgery inizia al momento della visita specialistica. Durante la visita il medico compila l'anamnesi e la proposta di ricovero che trasmette al personale del reparto, che si occuperà di contattare l'utente al proprio domicilio concordando la giornata di preospedalizzazione e informandola sulla documentazione necessaria.

*La giornata di preospedalizzazione o prericovero*, è una mattinata in cui l'utente riesce a fare tutti gli accertamenti, esenti ticket, utili all'intervento (prelievi ematici, ECG, radiografia del torace e visita anestesilogica), ed è il momento in cui riceve tutte le informazioni relative al suo percorso clinico assistenziale. L'utente, esaurientemente informata delle modalità di trattamento programmate, viene invitata a sottoscrivere il modulo dedicato di consenso. L'acquisizione del consenso è a cura del ginecologo responsabile di concerto con l'anestesista.

Il servizio che si offre ha così uno standard qualitativamente elevato perché:

- l'utente perde solo mezza giornata di lavoro,
- non deve fare impegnative, prenotazioni; inoltre
- la giornata di preospedalizzazione consente agli operatori di conoscere l'utente e dà la possibilità di personalizzare l'assistenza.

Visto che il *ricovero* è nella mattina dell'intervento, è necessario chiedere la collaborazione dell'utente ad eseguire la preparazione il giorno precedente al proprio domicilio relativamente ad una dieta appropriata e alla pulizia intestinale quando è necessaria. Si provvede così alla consegna all'utente del modulo di istruzioni preoperatorie, a fornire chiare istruzioni sulle modalità di convocazione per l'intervento e sui tempi approssimativi di attesa. Viene poi compilata dal medico la lista di convocazione in base alla prevedibile disponibilità oraria della sala operatoria e della durata degli interventi.

La convocazione prevede la:

- comunicazione di data e orario di accesso alla struttura
- comunicazione del probabile orario dell'intervento (l'utente deve essere convocata almeno due ore prima dell'orario stabilito)
- verifica della conoscenza da parte dell'utente delle istruzioni relative al periodo preoperatorio (percorso interno per raggiungere la struttura, digiuno, necessità di accompagnamento, durata del periodo di osservazione, vestiario necessario)
- comunicazione dell'identità del personale di riferimento (ostetrica, segretaria, medici).

L'accogliimento delle utenti il giorno dell'intervento deve prevedere:

- la verifica dei dati anagrafici sulla lista operatoria
- la verifica dell'aderenza alle istruzioni preoperatorie
- la preparazione preoperatoria della donna
- l'applicazione delle prescrizioni mediche post-operatorie riportate in cartella clinica
- l'assistenza alla mobilitazione
- l'alimentazione dell'utente, qualora ne faccia richiesta ed in assenza di esplicito divieto (riportato sulla cartella clinica) da parte del chirurgo responsabile
- il controllo dei parametri clinici di dimissione ai tempi fissati.

La valutazione dell'autonomia delle persone da dimettere e del completo recupero dai potenziali effetti indesiderati del supporto anestesiológico è un elemento fondamentale per il decorso post operatorio che contribuisce a mantenere alti gli standard qualitativi dell'attività di day surgery. Di fatto, la valutazione della dimissibilità è la principale azione preventiva sulle reammissioni impreviste.

L'anestesista e il ginecologo responsabile hanno il compito di visitare la donna dopo l'intervento chirurgico e di compiere la valutazione finale di dimissibilità; se viene dichiarata non dimissibile, il ricovero in day surgery viene convertito in ricovero ordinario. Tale decisione è ad esclusivo carico dei medici responsabili del programma di day surgery.

Il periodo post-operatorio di solito si avvale dell'ambulatorio per i controlli e le medicazioni; qualora venga richiesto un approfondimento diagnostico, verrà eseguito in regime di Day Hospital.

Tutto il percorso che la cartella clinica di day surgery compie (uffici, D.H., reparto) deve avvenire grazie al personale di segreteria senza che l'utente debba preoccuparsene e perdersi nei meandri della burocrazia. La cartella clinica presenta le seguenti particolarità:

- viene aperta il giorno della preospedalizzazione,
- rimane aperta sino alla guarigione clinica e l'utente che necessita di medicazioni e controlli successivi non dovrà mai pagare ticket o esibire impegnativa mutualistica,
- è chiusa dal ginecologo a guarigione avvenuta,
- viene conservata nei locali della segreteria/accettazione per tutto l'anno solare.

#### **Personale coinvolto nell'assistenza**

L'attività di day surgery deve prevedere la collaborazione di tutto il personale coinvolto nell'assistenza: ginecologi, anestesisti, personale ostetrico, infermieristico, personale di supporto (OSS, OTA, ASS) e personale amministrativo. I diversi professionisti esercitano principalmente attività specifiche di competenza esclusiva della categoria a cui appartengono, con riconosciuta responsabilità autonoma di ogni singolo operatore e della professione nel suo complesso. Ogni professione può infatti essere definita come un'attività svolta in modo autonomo da persone preparate, munite di un'abilitazione ufficiale, e consapevoli del proprio spazio operativo specifico. Va detto che soprattutto all'inizio, quando si tratta di allestire il processo di day surgery, gli operatori coinvolti possono manifestare diffidenze e perplessità nei confronti di questo nuovo modo di lavorare che sconvolge la solita routine di reparto. Infatti questo comporta spesso una congesta attività nelle prime ore del mattino quando si concentrano le pratiche burocratiche d'accettazione, i prelievi ematici, la terapia, oltre a tutte le altre incombenze che già di per se stesse assorbono l'attività normale del personale di reparto.

Il numero e la qualifica del personale coinvolto direttamente deve essere adeguato alla tipologia del servizio offerto ed al numero degli interventi effettuati, tenendo conto che l'organico è unico per i posti di degenza ordinaria e per quelli a ciclo diurno.

L'attività di day surgery deve essere gestita da un responsabile medico designato formalmente dal Direttore della Struttura Complessa e dall'ostetrica responsabile della stessa.

Il personale medico (ginecologi ed anestesisti) ha l'obbligo di rispettare i protocolli operativi e il regolamento del servizio. Il Direttore della Struttura Complessa di Anestesia individua un responsabile del programma di day surgery che, in collabo-



razione con il responsabile chirurgico, svolge compiti di:

- selezione delle utenti
- prescrizione degli accertamenti preoperatori
- verifica del rispetto degli orari di lavoro e dei protocolli operativi nell'ambito della seduta operatoria di day surgery
- partecipazione all'identificazione di linee di condotta per la cura delle persone assistite
- organizzazione di eventuali programmi di formazione e ricerca nel settore.

Il Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia individua un responsabile medico di programma che, in accordo con l'anestesista responsabile:

- gestisce la lista d'attesa
- valuta l'idoneità delle utenti inserite nella lista e compila la lista operatoria
- organizza la modalità di convocazione delle persone alle sedute di accettazione e alle sedute operatorie
- verifica la corretta compilazione della cartella clinica in tutte le parti di competenza chirurgica
- gestisce la lista operatoria nel giorno stabilito e nella sala operatoria assegnata, verificando altresì il rispetto degli orari di lavoro e dei protocolli operativi
- partecipa all'identificazione di linee di condotta per la cura delle persone assistite
- organizza eventuali programmi di formazione e ricerca nel settore
- acquisisce dati per il controllo di qualità.

Per quanto riguarda il personale sanitario, si prevede la necessità iniziale di almeno due ostetriche dotate di comprovata esperienza assistenziale nell'area ginecologica, che siano disponibili per i turni diurni previsti per l'accettazione e l'assistenza pre e post-operatoria. Gli spazi adibiti ad accoglienza e segreteria sono il centro nevralgico della day surgery, in quanto rappresentano la struttura che si occupa di tutta la parte amministrativa e prende in carico l'utente dal momento della visita fino alla dimissione. Per questo motivo, per dare una maggiore funzionalità al servizio e per rispondere meglio alle esigenze delle utenti sarebbe auspicabile inserire in questa struttura oltre al personale amministrativo, anche personale ostetrico.

Le ostetriche in servizio presso le strutture dedicate all'accettazione e alla degenza sono corresponsabili delle procedure di ammissione, cura e dimissione. L'ostetrica destinata al reparto deve essere affiancata da un adeguato numero di OSS e/o OTA e da un operatore ausiliario per le attività di pulizia e sanificazione ambientale.

L'attività assistenziale in un reparto di day surgery è notevolmente orientata a un aspetto di efficienza. E' vero che la donna entra lo stesso giorno dell'intervento e in breve tempo viene dimessa, ma è anche vero che la si può seguire nella fase di

prericovero, ad esempio quando effettua la visita anestesiológica. In tali unità operative occorre prevedere modalità di accoglienza che, pur nell'ottica della razionalizzazione dei tempi, tengano conto dei bisogni delle persone oltre che degli aspetti di assistenza tecnica.

Tale modello organizzativo permette di:

- impiegare il personale infermieristico, per altro già cronicamente carente in ogni struttura, in unità operative più consone alla loro formazione professionale
- elaborare un turno particolare per il personale ostetrico e di supporto in modo da permettere una turnazione periodica fra tutto il personale; questo per garantire
  - a. l'agevolazione di un turno privilegiato a tutto il personale presente nell'unità operativa
  - b. i benefici economici dell'attività turnistica a tutti
  - c. minor stress al personale perché il ritmo di lavoro della chirurgia breve è molto veloce e sui tempi lunghi può risultare stressante.

Tutto il personale deve essere obbligatoriamente disponibile alle attività di aggiornamento e di verifica qualitativa, gestionale, amministrativa ed economica.

Il personale è sotto la diretta gestione dell'ostetrica con funzioni di coordinamento della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia; tale operatrice svolge un ruolo centrale sia per gli aspetti gestionali e organizzativi che per quelli assistenziali in quanto, essendo una profonda conoscitrice delle risorse disponibili nella struttura, offre un contributo qualificato nella definizione dei modelli organizzativi.

Il collaboratore professionale sanitario esperto - Ostetrica (ex ostetrica capo) dell'unità operativa è responsabile delle attività di degenza ordinaria e di day surgery, con il compito di coordinamento dei servizi dal punto di vista assistenziale. Può individuare un referente del programma assistenziale della day surgery, che dovrà:

- essere responsabile delle procedure di ammissione e dimissione
- essere responsabile, per quanto di competenza, della programmazione e coordinamento delle attività assistenziali
- coordinare il personale di supporto
- esercitare opera di controllo sulle infezioni nosocomiali
- raccogliere dati sull'attività del servizio
- collaborare con il collaboratore professionale sanitario - Infermiere del blocco operatorio per quanto di competenza.

Questa è una sfera di responsabilità ampia e per molti versi innovativa che riconosce alla professione un ruolo decisionale di primaria importanza. L'ostetrica con mansioni di coordinamento viene identificata come l'unica figura per la quale non è consentita la rotazione e pertanto rappresenta il principale punto di riferimento dell'unità operativa.

### Perché l'Ostetrica/o?

Non è facile di questi tempi parlare serenamente del ruolo dell'ostetrica, in quanto tale professione si trova oggi ad operare in una realtà in profonda e continua evoluzione.

La professione ostetrica sta andando incontro a dei mutamenti culturali sia nei suoi aspetti generali che in quelli pratici come l'immagine, le competenze, la professionalità e il ruolo sociale grazie anche alla riforma degli ordinamenti didattici Universitari (L.341/90, D.M. 509/99, Decreti MIUR 9 luglio e 1° ottobre 2004), alla riforma sanitaria (D. Leg.vo 502/92, 517/93 e 229/99), alla definizione del profilo professionale (D.M. 740/94) al riconoscimento dell'autonomia professionale con la Legge 42/99 e la Legge 251/00, al travagliato avvio del Corso di Laurea in Ostetricia e alla definizione della formazione post-base.

La nuova architettura della sanità, il profilo, la nuova formazione e la normativa vigente incidono sul profilo complessivo della categoria, esaltandone gli aspetti dell'autonomia e della responsabilità.

Da una prima analisi del già attuato e di ciò che verosimilmente lo sarà a breve termine emergono alcune osservazioni fondamentali:

- l'ingresso ufficiale e definitivo della professione nell'assetto formativo universitario
- la decisa scelta di "svincolo" dalla professione infermieristica, considerata non più propedeutica alla professione ostetrica
- la contrazione del percorso formativo professionalizzante e l'obbligo di completamento della scuola superiore secondaria
- la chiara scelta della professione nel perseguire obiettivi assistenziali sia in ambito ostetrico che ginecologico.

L'ostetrica deve così confrontarsi con i cambiamenti che lanciano una sfida alla professione ed impongono una riflessione e una presa di coscienza del presente, nonché una scelta di orientamenti per il futuro.

E' necessario rilevare che non sempre la sua collocazione e il suo utilizzo sono stati sino ad ora consoni alle sue competenze e alla sua specifica professionalità; il problema della definizione dell'identità professionale sembra aver trovato una possibile soluzione con la definizione del profilo professionale, dove emerge il riconoscimento della responsabilità di tale operatore sanitario, in quanto viene riconosciuta all'ostetrica una propria autonomia nella gestione dell'intervento assistenziale di propria competenza.

Il D.M. n.740 del 14.09.1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica" stabilisce che l'ostetrica è l'operatore sanitario che:

- assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio

- conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità
- presta assistenza al neonato

per quanto di sua competenza, partecipa:

- a interventi di educazione sanitaria e sessuale nell'ambito della famiglia e della comunità
- alla preparazione psico-profilattica al parto
- alla preparazione ed assistenza ad interventi ginecologici
- alla prevenzione ed accertamento dei tumori della sfera genitale femminile
- ai programmi di assistenza materna neonatale.

L'ostetrica nel rispetto dell'etica professionale gestisce, come membro dell'équipe sanitaria, l'intervento di assistenza di propria competenza.

Il profilo professionale dell'ostetrica si connota con la capacità di:

1. analizzare e comprendere il contesto nel quale realizza le sue prestazioni, identificandone gli aspetti di permanenza e mutazione rispetto alla sua preparazione
2. individuare le possibili soluzioni per un problema di sua competenza, di valutarlo in relazione agli esiti prevedibili, di articolare una sequenza di operazioni necessarie al loro conseguimento
3. identificare e reperire le risorse necessarie alla realizzazione di un progetto di lavoro
4. gestire gli aspetti relazionali connessi alle proprie attività e identificare modalità di comunicazione adeguate in direzione dei diversi interlocutori implicati.

E' indispensabile rivalutare la professione ostetrica che deve essere indirizzata ad una filosofia di assistenza globale completa alla donna con l'intervento assistenziale in tutti i settori dove è presente. I profondi mutamenti in corso necessitano di una gestione attenta e lungimirante in linea con i bisogni di una professione che per crescere non può prescindere da un allineamento ai continui progressi e sviluppi della medicina e delle scienze umane; che in misura sempre maggiore dovranno quotidianamente essere applicate ed integrate dagli operatori sanitari nell'espletamento delle loro attività per il soddisfacimento di bisogni assistenziali sempre più complessi, anche in relazione alle influenze del progresso scientifico e tecnologico.

La risposta ai bisogni di assistenza richiede un approccio conoscitivo personalizzato, unico e continuativo tale da rendere, oggi più che mai, necessario un comportamento organizzativo nuovo nell'ambito assistenziale ostetrico-ginecologico.

Come si può parlare di "umanizzazione dei servizi ostetrici-ginecologici" quando l'ostetrica ha delegato gran parte delle sue funzioni, ora per carenza di organico, ora per situazioni di comodo, a figure alternative?

Le ostetriche in questi ultimi anni hanno lasciato ampi spazi di azione in diversi settori assistenziali limitando sempre più gli ambiti in cui svolgere il proprio lavoro. Non bisogna trascurare gli ambiti di intervento in questo momento più che mai, visto che la professione è esposta all'invasione di altro personale alla ricerca di nuovi spazi.

In questo momento di transizione dell'assistenza sanitaria i contenuti e i livelli di intervento della figura professionale dell'ostetrica devono disegnare un'organizzazione globale ed unitaria di risposte che possano recuperare e valorizzarne al meglio la figura professionale, con un ruolo significativo e sempre più "dimensionato" sul piano socio-culturale e psico-pedagogico nel gestire i vari bisogni che si esprimono nell'area di sua competenza.

Le modalità di intervento devono far riferimento all'équipe multidisciplinare di cui l'ostetrica fa parte per la lettura dei bisogni, programmazione, organizzazione e verifica delle attività, in modo tale da riconoscere che l'ostetrica è una figura specifica caratterizzata da un ruolo preciso, definibile e non intercambiabile con quello di altri operatori, con una polivalenza di funzioni altamente qualificate che le permettono di svolgere attività preventiva, diagnostica ed assistenziale.

In questo particolare momento, mentre tutti sono impegnati a riorganizzare complessivamente i servizi, è importante che le ostetriche si impegnino ad elaborare progetti seri per soddisfare le esigenze sanitarie e sociali. Ciò comporta anche nuove opportunità di lavoro e un'occasione in più per rivalutare la figura ostetrica.

Riflettendo su tutto quanto di nuovo c'è nell'organizzazione delle Aziende ospedaliere e sanitarie, e sul diritto dell'utenza di veder soddisfare al meglio i propri bisogni credo che sia indispensabile rivisitare la professionalità dell'ostetrica, partendo dalla consapevolezza di appartenere ad una professione intellettuale.

In una società altamente dinamica e in continua evoluzione il modello di una "nuova ostetrica" è quello di una figura professionale che, ponendosi come leader naturale del processo di raggiungimento di nuovi valori sociali, conscia delle problematiche proprie del territorio in cui opera, sia veicolo principale nell'attuazione di un'assistenza sanitaria di base diversa e più in linea con il contesto ambientale e sociale dei tempi in cui viviamo, dove la tutela della salute si ottiene garantendo stili di vita sani e creando le condizioni ottimali per assicurare un completo benessere psichico, fisico e sociale all'utenza che affrisce ai servizi ostetrico-ginecologici.

L'attuazione del profilo professionale prevede che l'ostetrica operi in sala parto, nelle sale operatorie ostetrico-ginecologiche, nei reparti di degenza, nelle nursery, negli ospedali e sul territorio, negli ambulatori ostetrici per la gravidanza fisiologica e negli ambulatori ginecologici per la menopausa e la prevenzione oncologica in integrazione col ginecologo, nei corsi di preparazione alla nascita e di riabilitazione del piano perineale, nella didattica nei corsi di laurea ed infine come libera professionista a domicilio e nell'ambulatorio libero professionale. Ne consegue pertanto che nelle sale operatorie ostetrico-ginecologiche, nei reparti ostetrici, nei reparti ginecologici, negli ambulatori ostetrici tutto il personale dovrebbe appartenere al profilo professionale dell'ostetrica/o insieme agli operatori professionali di supporto.

La Struttura Complessa Ostetrico-Ginecologica, comprendendo l'attività assistenziale della day surgery, permette di inserire l'ostetrica nel modo più efficiente nell'organizzazione del lavoro, con una ben chiara struttura gerarchica per tutelarne la professionalità e facilitare l'integrazione con gli altri operatori.

La struttura gerarchica si deve articolare con a capo dell'unità operativa di Ostetrica e Ginecologia un'ostetrica appartenente alla categoria D livello economico Ds (ex ostetrica capo), che dirige e coordina:

- le ostetriche
- le eventuali infermiere generiche
- il personale di supporto addetto all'assistenza (OSS, OTA)
- il personale ausiliario.

Attuando quanto stabilito dalla vigente normativa, a livello di gestione delle risorse umane, il numero di ostetriche necessarie per l'assistenza ostetrico-ginecologica aumenta notevolmente, rispondendo così ad una maggiore richiesta di efficienza ed efficacia degli interventi, essendo erogati da operatori che hanno ricevuto la formazione adeguata per questo specifico tipo di assistenza.

Due condizioni sono determinanti per l'efficienza di tale Struttura Complessa:

- il ruolo dell'ostetrica con funzioni di coordinamento
- la cultura del personale ostetrico.

La figura dell'ostetrica dirigente di Struttura Complessa deve, per garantire l'efficienza del servizio stesso, puntare ad avere una visione d'insieme delle specifiche componenti del processo assistenziale affinché non si creino carenze o vacanze di interventi, essendo l'azienda sanitaria un ambiente complesso e che evolve rapidamente.

La visione sanitaria deve essere supportata da un insieme di indicatori del bisogno collettivo di salute, in modo che possano essere istituiti servizi sanitari efficaci.

La gestione del personale è una funzione molto importante perché l'ostetrica dirigente deve saper utilizzare il personale in modo razionale e flessibile con l'attivazione di modelli e sistemi di pianificazione del personale atti ad individuare le persone più idonee da assegnare alle varie funzioni, affinché la motivazione e la soddisfazione professionale siano alla base per operare bene. L'appartenenza allo stesso profilo professionale del personale che dirige permette all'ostetrica di sviluppare nel modo più corretto gli ambiti di ricerca scientifica, di selezione, inserimento, formazione, sviluppo e valutazione del personale al fine di responsabilizzare i vari operatori professionali al miglioramento dei risultati, attraverso un sistema di controllo fondato sull'équipe di operatori e non sull'opera del singolo, nonché sulla qualità delle prestazioni erogate, considerando che la qualità non porta ad aumenti di spesa, ma che è la disomogeneità nell'operare che provoca un aumento dei costi.

La concreta attuazione della day surgery implica uno sforzo per individuare

modelli elastici di gestione di quest'attività che possa, a seconda delle caratteristiche e delle dotazioni delle singole Aziende ospedaliere o sanitarie, concretizzarsi in piani di adeguamento personalizzati alla cui base ci sia una specifica valutazione di rapporti costo-beneficio, tanto per l'Azienda che per l'utenza. La maggiore flessibilità gestionale determina una maggiore efficienza organizzativa, favorisce lo sviluppo di capacità tecnico-direttive e relazionali negli appartenenti all'organizzazione, offre maggiori opportunità di crescita professionale poiché esistono più posizioni di tipo manageriale con i relativi spazi di autonomia decisionale e quindi maggior partecipazione. Questa situazione esalta le competenze, accentua i caratteri di interfunzionalità, favorisce l'autonomia professionale, orienta alla cooperazione ed al coordinamento migliorando l'integrazione organizzativa.

### Conclusioni

La chirurgia di giorno rappresenta una valida alternativa alla degenza in regime ordinario. L'operatività impone molteplici ingerenze rispetto alle degenze ordinarie ed ai principali servizi sanitari: proprio questa caratteristica rende la Day Surgery uno strumento di ristrutturazione e di riqualificazione dell'intera rete ospedaliera.

Nella riorganizzazione di un processo assistenziale per poter giungere ad un nuovo come quello della day surgery è necessario prevedere in anticipo tutte le problematiche che possono insorgere, pianificare e presidiare per quanto possibile il maggior numero di aspetti. Le risorse umane costituiscono il punto nodale, perciò devono essere preparate e coinvolte nell'ottica dell'integrazione.

Quando si affrontano processi globali e complessi come quello della day surgery, per garantire l'efficacia dell'azione assistenziale, è indispensabile uno stile di lavoro multiprofessionale. Le frequenti riunioni con tutto il personale e la stesura condivisa di procedure e protocolli assistenziali, organizzativi e terapeutici al fine di standardizzare l'assistenza senza nulla togliere all'umanizzazione e alla personalizzazione della stessa, contribuiscono a rafforzare la motivazione del gruppo e favoriscono la predisposizione del personale a sperimentare la nuova modalità di lavoro.

Per la day surgery è richiesta la preparazione tecnica del personale dedicato, ma è altrettanto importante accrescere la consapevolezza che la relazione con il cittadino utente rappresenta un aspetto irrinunciabile per garantire un vero e proprio servizio alla persona.

Non si può infatti ritenere sufficiente la risposta tecnica ai problemi di salute se essa non è accompagnata da una comunicazione chiara che renda comprensibile ai destinatari ciò che è fattibile solo con il loro pieno consenso.

In questo contesto analitico, la Day Surgery viene ad assumere la funzione di diversificazione dei moduli d'offerta dei servizi chirurgici non legati più alla sola

degenza ordinaria o ridotti alla naturale limitatezza degli interventi che è possibile erogare in regime ambulatoriale. Le moderne tecniche chirurgiche ed anestesiológicas e le tecnologie innovative introdotte consentono ormai di affrontare interventi di una certa rilevanza anche con una sola giornata di ricovero e spesso con poche ore di permanenza della persona assistita in ospedale. Ne consegue il delinearsi di uno scenario dove la domanda di salute ad indicazione chirurgica pretenderà livelli di risposta differentemente articolati; inoltre per l'efficace diversificazione dei modelli di offerta dei servizi ginecologici (ricovero ordinario, day surgery, piccola chirurgia ambulatoriale) dovrà innanzitutto realizzarsi una maggiore elasticità nella gestione degli indispensabili servizi di "supporto" (Laboratorio Analisi, Radiologia, Ambulatori clinici, etc.) migliorandone il tasso di utilizzazione.

È importante infine mirare a modificare il quadro culturale del personale ostetrico in modo che questo utilizzi un approccio sistematico alla valutazione delle proprie prestazioni ed orienti il proprio operare all'ottica del servizio e non della singola prestazione.

### Bibliografia

1. Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista della Città di Torino "Regolamento delle attività di Day Surgery", Gennaio 2002.
2. Baldovini A., Boldrin C., Casadei C., Foschi S., "L'attivazione di un'unità di day surgery: aspetti organizzativi e tecnici" in Management Infermieristico n.1, 2000 Lauri Edizioni.
3. Bonvento M., "Un documento sulla chirurgia a ciclo diurno" in L'Infermiere n.2, 1997.
4. Bozzi M., "Le Direzioni Sanitarie delle Aziende USL e Ospedaliere: la gestione delle risorse e il personale" in L'Infermiere Dirigente n.3, 1995 Lauri Edizioni.
5. Dall'Olio R., "Il Dipartimento di midwifery" in Agire per una midwifery di qualità. Atti del 29° Congresso Nazionale delle ostetriche Cagliari 30 settembre - 4 ottobre 1998.
6. Molinar Min M., "Indirizzi al cambiamento: modelli assistenziali di riferimento" in Agire per una midwifery di qualità. Atti del 29° Congresso Nazionale delle ostetriche Cagliari 30 settembre - 4 ottobre 1998.
7. Rasoli M., Pettinati S., "Day Surgery, una preziosa alternativa" in L'Infermiere n.2, 1997.
8. Rocco G., "In dirittura d'arrivo le linee guida per la One day surgery" in Foglio Notizie n.3, 1996.
9. Rodriguez D., "Professione ostetrica/o Aspetti di medicina legale e responsabilità" Eleda Edizioni, Ottobre 2001.
10. Testa F., "Significato, evoluzione e finalità del day-surgery L'esperienza di Caserta" Panorama della Sanità n.28, 2002 Esse Editrice.

**Fonti normative consultate**

1. D.M. n. 740 del 14.09.1994 - "Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica".
2. DPR 14 gennaio 1997 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".
3. Legge n. 42 del 26.02.1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
4. D.C.R. Piemonte n. 616-3149 22 febbraio 2000 Proposta di deliberazione n. 593 "Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private - Disposizioni di attuazione".
5. Decreto 24 aprile 2000 Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile relativo al "Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000".
6. Legge n. 251 del 10.08.2000 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica".
7. Manuale per l'Accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private Regione Piemonte, Febbraio 2001.
8. DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
9. Legge n. 1 dell' 8.01.2002 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario".
10. "Linee guida per le attività di day surgery" Approvate dalla Conferenza Stato-Regioni, Agosto 2002.

## Diagnosi precoce delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche del collo dell'utero: correlazione fra colpocitologia e colposcopia

**N.A. Giulini**

**U.O. Ginecologia Chirurgica Ospedale "G. Cervesi"-Cattolica**

Questo articolo vuole essere un aggiornamento, soprattutto indirizzato alle ostetriche sulla colpocitologia e colposcopia al fine di bene indirizzare le pazienti al follow-up, o al trattamento delle lesioni preneoplastiche e neoplastiche della cervice uterina. Per quanto riguarda la citologia cervico vaginale si è passati dalla classificazione di Papanicolau degli anni '40 - '60, alla classificazione di Reagan, a quella di Koss fino alla classificazione più recente ed attualmente adottata che è la classificazione di Bethesda, in cui non si parla più nel pap test anormale di neoplasia intraepiteliale ma di lesione squamosa intraepiteliale da suddividere in due categorie di basso ed alto grado (LSIL - HSIL). Nelle classificazioni precedenti al Bethesda si parlava di CIN (neoplasia intraepiteliale cervicale): CIN I - II - III. La CIN III comprende oltre alla displasia grave anche il carcinoma in situ. Poiché le lesioni CIN non trattate, soprattutto quelle a basso grado, possono regredire spontaneamente, nel 1988 è stata proposta questa classificazione di Bethesda in cui non si parla più di neoplasia intraepiteliale ma di lesione squamosa intraepiteliale. Tuttavia alcune critiche sono state mosse al sistema Bethesda, sia a quelle della prima versione del 1988 che a quelle della seconda versione del 1991. Tali critiche sono state sollevate nel 2001 al Workshop che si è tenuto negli USA ad opera della società americana di colposcopia nel settembre del 2001. La prima critica riguarda la collocazione del CIN II nelle lesioni squamose ad alto grado (HSIL) quindi assimilabile al CIN III. Ma bisogna dire però che il trattamento clinico del CIN II sarebbe più vicino al CIN I che non al CIN III. Infatti secondo Mitchell il 43% dei CIN II non trattati regredisce spontaneamente, la regressione riguarda anche il 57% dei CIN I e il 32% dei CIN III. La persistenza dei CIN II non trattati è pari al 35% che diventa 32% per i CIN I e 56% per i CIN III. Da ciò si evince che il trattamento del CIN II è uguale a quello del CIN I e non a quello del CIN III. Per cui in questo forum nel 2001 è stata proposta la nuova

classificazione di Bethesda. In questa occasione viene anche ribadita l'intenzione di instaurare un miglior rapporto fra anatomopatologo e clinico. Il pap test viene definito un test di screening e quindi non viene considerato un test diagnostico. Pur essendo un test di screening è un test dicotomico che non fa diagnosi ma invia nei casi di positività al II livello (colposcopia). Al momento il pap test è l'unico test di screening per il carcinoma della cervice uterina. Si raccomanda di effettuare il prelievo con spatola Ayre sulla portio e con cytobrusch sul canale cervicale. Si raccomanda di attivare un programma su chiamata che deve interessare l'85% della popolazione femminile dai 25 ai 65 anni eseguendo dopo due pap test annuali negativi un pap test ogni 3 anni. Al fine di raggiungere un elevato standard qualitativo si raccomanda al personale che effettua il pap test (che sono soprattutto le ostetriche), sia esso operante in centri pubblici che privati di partecipare a programmi di controllo di qualità e di avere un aggiornamento continuo.

PER PAP TEST ANORMALE SI INTENDE:

- Presenza di cellule atipiche di incerto significato (ASCUS). La presenza dell'ASCUS non dovrebbe essere superiore al 5% dei pap test. In caso di ASCUS si possono eseguire tre opzioni: 1. ripetere il pap test ogni 6 mesi per 1-2 anni sino a tre pap test consecutivi negativi. 2. ripetere il pap test e sottoporre la paziente a tipizzazione virale. 3. inviare la paziente alla colposcopia. Noi nella regione Emilia Romagna e quindi nella provincia di Rimini adottiamo questa terza opzione
- Presenza di cellule ghiandolari atipiche di incerto significato (AGUS). In questo caso rientrano tutte le cellule ghiandole atipiche endocervicali o endometriali per cui il citopatologo dovrebbe, nel limite del possibile, dire se si tratta di cellule endocervicali o endometriali. Si deduce da questo l'importanza di eseguire sempre il prelievo endocervicale con cytobrusch. Tutte le pazienti con AGUS devono essere inviate alla colposcopia. Il colposcopista deciderà se fare la biopsia della portio, la biopsia endocervicale, la microcolpoisteroscopia, l'isteroscopia con biopsia fino al raschiamento frazionato della cavità uterina.
- Presenza di sil basso grado (CIN I ed HPV). Anche in questi casi inviare la paziente alla colposcopia.
- Presenza di sil alto grado (CIN II - CIN III carcinoma in situ) inviare la paziente alla colposcopia.
- Presenza di carcinoma squamocellulare e di adenocarcinoma. Inviare la paziente al II livello. Quindi nei casi in cui l'esame colpocitologico sia positivo, l'unità di citologia deve consigliare l'invio della paziente all'unità di colposcopia. Saranno poi i centri in cui è stato eseguito il pap test (consultorio, centri oncologici e di ginecologia pubblici o privati) che dovranno dare l'informazione alla paziente ed inviare la stessa al servizio di colposcopia per un esame colposcopico che dovrà essere eseguito entro due mesi dall'esame colpocitologico.

La COLPOSCOPIA non è al contrario della colpocitologia un esame di screening ma un esame di II livello da eseguire allorché il pap test è anormale. L'esame colposcopico essendo un esame di II livello va eseguito nei centri accreditati ove operino dei

medici esperti in colposcopia che si sottopongono a periodici controlli di qualità. In questi centri vengono adottate schede colposcopiche corrispondenti alle linee guida elaborate della società italiana di colposcopia e queste schede debbono essere comprensibili anche ai medici non esperti. Nei centri che si rispettino l'accuratezza diagnostica fra colpocitologia e colposcopia si deve avvicinare al 100%. La colposcopia però presenta un limite diagnostico allorché la G.S.C. sia risalita nel canale cervicale e ciò si osserva soprattutto nelle donne in post menopausa ma anche in molte donne che sono state sottoposte a trattamenti sul collo dell'utero (cauterizzazione della portio, laservaporizzazione, crioterapia). Nelle donne in età fertile ed in premenopausa la G.S.C. è visibile nell'85%-90% dei casi.

Le principali indicazioni alla colposcopia sono:

- Valutazione delle pazienti con paptest anormale anche in relazione ai prelievi biotipici.
- Guida all'approccio diagnostico e terapeutico delle CIN.
- Accertamento diagnostico sulle pazienti sintomatiche ed asintomatiche quale necessario completamento dell'esame ginecologico.
- Guida alla terapia chirurgica sul collo dell'utero.
- Diagnosi delle M.T.S.
- Valutazione dei risultati delle terapie cervicali.

La paziente deve essere adeguatamente informata dal colposcopista sulla modalità dell'esame, sulla qualità dell'esame colposcopico e delle eventuali biopsie.

#### Bibliografia

1. Atti di: diagnosi precoce delle neoplasie genitali femminili - corso di aggiornamento Riccione 21.9.2002
2. Koss L.G., Stewart F. W., Foote F. W., Jordan M.J., Bader GM., Day E.: some histological aspects of behavior of epidermoid carcinoma in situ and related lesion of uterine cervix. A long term prospective Study. Cancer, 16: 1160, 1963.
3. Richart R.M.: the natural history of cervical intraepithelial neoplasia. Clin. Obstet. Gynecol. 10:748, 1967.
4. Koss L.G.: diagnostic cytology and its histopathologic bases Jb Lippincott Company 1992.
5. The 1991 Bethesda System for reporting cervical/vaginal cytologic diagnoses: report of the 1991 Bethesda workshop.
6. The 2001 Bethesda System terminology for reporting results of cervical cytology Jama 287:2114, 2002.
7. Peroni M. : colposcopia e fisiopatologia cervicale e vaginale. Testo atlante edizioni Poli 1991 Milano.
8. De Paolo G: manuale di colposcopia e patologia del tratto vaginale inferiore. Seconda edizione Masson 1993 Milano.
9. Casotti C, De Paolo G., Remoti G., Marchionni M., De Virgili G., Montanari G., Gilardi EM, Stefanon B: proposal for a colposcopic classification The cervix 1987, 5:25.
10. Kolstad P., Stafil A.: Atlante di colposcopia sassone Montanari G. Editor Piccini edizioni Padova 1981.
11. Volante R., Montanari G., Posero L., Porin G.: il controllo di qualità in colposcopia. In diagnosi oncologica precoce del tratto genitale femminile. Editors Volante R., Sismondi P., Mortine G., Adosso L., Archimera 1996 Torino.

# Indagine soggettiva sull'uso di un detergente intimo a base di cloramina

di G. Bonomo

Ospedale Buonconsiglio FBF, Napoli

Sono ormai lontani i tempi delle rivendicazioni di Mary Wollstonecraft, ideatrice del movimento femminista in Europa. La donna del nuovo millennio è ormai parte integrante, e talvolta dominante, del tessuto sociale del nostro paese, rivestendo ruoli di rilievo anche in ambito dirigenziale.

Questo sviluppo socio-culturale, oltre alle conquiste economico-professionali, ha determinato anche una maggiore liberalizzazione delle relazioni sessuali, con una crescente consapevolezza delle donne ad una sessualità libera, non condizionata da costumi moralistico-religiosi o culturali, con conseguente variazione nelle abitudini sessuali, sia in termini di età del primo rapporto che di numero di partners.

A queste mutate condizioni socio-relazionali, va aggiunto che, la percentuale di donne in età post-menopausale è recentemente aumentata, grazie alle migliorate condizioni di vita, e di conseguenza si è avuto un relativo aumento di tutte quelle affezioni vulvo-vaginali tipiche di questo periodo della vita. Pertanto la popolazione femminile attualmente è molto più attenta alla propria immagine, curando maggiormente se stessa e di conseguenza anche la propria igiene.

Se a questi fattori "sociali", si aggiungono tutte quelle condizioni più specificamente "organiche", quali le quotidiane aggressioni endogene ed esogene, cui è sottoposto l'ecosistema vulvo-vaginale, si comprende quanto è importante l'uso di un detergente intimo che, mentre da una parte rispetti, senza alterarlo, il film cutaneo vulvare, dall'altra combatta l'insorgenza di eventuali infezioni vaginali, preservando l'integrità del sistema mucosale vestibolo-vaginale Primum non nocere.

Infatti il distretto vulvo-vestibolo-vaginale è considerato un'area di confine, dove i limiti tra ginecologia, dermatologia, endocrinologia e psicologia sono molto sfumati, per cui molte affezioni di questa regione anatomica, così semplice, perché facilmente ispezionabile, ma anche così complessa per la diversa composizione delle sue strutture, costituiscono delle entità ancora oggi ad eziopatogenesi in gran parte misconosciuta.

## Materiali e metodi

Prendendo spunto da una precedente esperienza, (a cui avevano preso parte 20 ambulatori italiani di ginecologia) abbiamo ampliato uno studio sull'uso di un detergente intimo a base di cloramina con la partecipazione di ulteriori 30 centri equamente distribuiti sul territorio nazionale, per valutarne il grado di accettabilità e le sue eventuali influenze sull'ecosistema vulvo-vaginale.

Sono state arruolate complessivamente 450 pazienti, 15 per centro, afferite ad essi per vaginosi o vaginite o disturbi vulvo-vaginali di altro genere, con evidente sintomatologia clinica per lo più rappresentata da prurito e/o bruciore e/o leucorrea irritativa. Sono state escluse tutte quelle donne che necessitavano di una terapia farmacologia della durata superiore a 3 giorni. Sono stati praticati esami batteriologici vaginali e determinazioni del pH vaginale, all'arruolamento e dopo 10 giorni di trattamento con il detergente.

Sono state redatte 2 schede, una di arruolamento e una di controllo (inizio e fine studio), sulle quali oltre i dati identificativi, le abitudini igieniche e sessuali delle donne, erano segnalati anche eventuali sintomi o disturbi vaginali.

I sintomi, valutati quantitativamente come assente, medio-lieve e intenso, erano rappresentati da: secrezioni vaginali, eritema, prurito, dolore, bruciore, odore, disuria e distress psicologico.

Al termine dello studio le donne in esame hanno espresso un loro parere sulla gradevolezza e l'efficacia del prodotto utilizzato, tramite un piccolo questionario, che utilizzava 4 parametri (piacevole al tatto, facilità di risciacquo, profumazione e sensazione di fresco/pulito), valutati con punteggio da 1 a 4, corrispondenti in scala crescente a: scarso, poco, medio, molto, in modo da giungere ad una valutazione complessiva finale compresa tra 4 e 16 punti.

Dei 30 centri partecipanti allo studio, 5 hanno testato il detergente in questione anche nelle puerpere, che come è noto, per la presenza delle lochiazioni, per la necessità dell'uso frequente di assorbenti e per la riduzione degli steroidi, sono maggiormente esposte a fenomeni irritativi vulvo-vagino-perineali, per cui a 50 puerpere, 10 per cento, che hanno partorito per via vaginale sia con, che senza episiotomia, in occasione della visita di controllo, effettuata 15-20 giorni dopo il parto, è stato sottoposto un questionario inerente le caratteristiche del detergente. In particolare le donne sono state invitate ad esprimere un parere soggettivo sul prodotto, per quanto concerne, la profumazione, la facilità di risciacquo ed il grado di soddisfazione personale.

### Risultati

Tutte le donne hanno portato a termine lo studio. I germi più comunemente riscontrati agli esami batteriologici sono stati: flora residenziale 275 (61.1%), E. coli 69 (15.3%), gardnerella 62(13.8%) miceti 40 (8.9%), trichomonas 3 (0.7%) e streptococco 1 (0.2%).

Il detergente in esame, ai due controlli batteriologici effettuati, non ha determinato variazioni sull'ecosistema vaginale, risultando solo in 28 casi (6.2%) una negatività al 2° prelievo.

Per quanto riguarda il valore del pH alle due determinazioni, prima e dopo l'uso del detergente abbiamo registrato una sua diminuzione specialmente per valori < 4 e compresi tra 4 e 5.

L'elaborazione dei questionari redatti dalle pazienti ha evidenziato un netto miglioramento della sintomatologia clinica, in particolare per il bruciore ed il prurito ed in minor misura per la leucorrea.

La maggioranza delle donne ha valutato positivamente l'uso del prodotto, infatti il punteggio finale attribuitogli è stato in 16 casi (3.6%) compreso tra 9 e 12, in 153 (34%) tra 13 e 14 e nei rimanenti 281 (62.4%) tra 14 e 16, in particolare per la sensazione di fresco/pulito.

Anche le 50 donne che hanno provato il prodotto nel puerperio hanno espresso parere favorevole all'uso del detergente intimo.

In conclusione, l'uso del detergente in esame può essere consigliato sia come coadiuvante alle terapie delle vaginiti e vaginosi batteriche, che in tutte quelle condizioni in cui è richiesta una buona detersione e pulizia dei genitali esterni.

### Bibliografia

- Famularo G., Pierluigi M., Coccia R., Mastroiacovo P., De Simone C., Microecology bacterial vaginosis and probiotics: perspectives for bacteriotherapy. *Med Hypotheses* 2001, 56(4):421-430.
- Reid G., Bruce A.W. Selection of lactobacillus strains for urogenital probiotic applications. *J. Infect Dis* 2001,183 Suppl 1:877-880.
- McLean N.W., Rosenstein I.J. Characterisation and selection of Lactobacillus species to recolonise the vagina of women with recurrent bacterial vaginosis. *J. Med microbial* 2000, 49(6):543-552.
- Hay P. Recurrent Bacterial Vaginosis. *Curr. Infect Dis Rep* 2000; 2:506-512.
- Donders GG et al. Pathogenesis of abnormal vaginal bacterial flora. *Am J. Obst Gynec* 2000; 182:872-878.
- Sobel J.D. Bacterial Vaginosis. *Annu Rev Med* 2000; 51:349-356.

Shoubnikova M., Hellberg D., Nilsson S., et al. Correlation of behaviour with microbiological changes in the vaginal flora. *Sex Infect Dis* 1999; 180: 1632-6.

Zdolsek B., Hellberg D., Froman G., et al. Vaginal microbiological flora and sexually transmitted diseases in women with recurrent vulvovaginal candidosis. *Inf.1995,23:81-4.*

Hellberg D., Nilsson S., Mardh P.A. Bacterial vaginosis and smoking. *Int J STD & AIDS* 2000; 11: 1-4.

Reid G. Probiotic agents to protect the urogenital tract against infection. *Am J. Clin Nutr* 2001; 73(2): 437s-443s.

Reid G. et al. Low vaginal pH and urinary tract infections. *The Lancet* 1995; 346: 1704

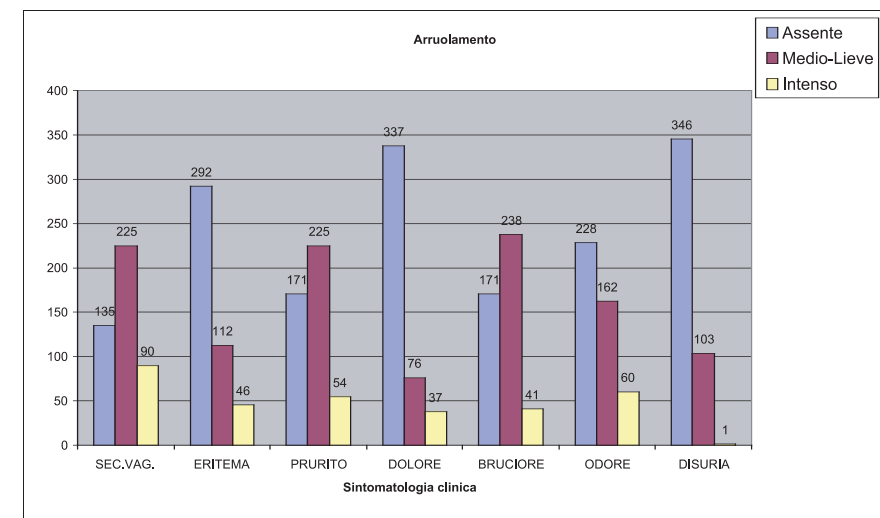
Van Kessel K. et al. Common complementary and alternative therapies for yeast vaginitis and bacterial vaginosis: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2003; 58(5): 351-8.

Vasselli A. et al. La detersione perianogenitale: studio clinico-sperimentale della tollerabilità di un detergente intimo. *Chron Derm* 1996; VI-3: 345-359.

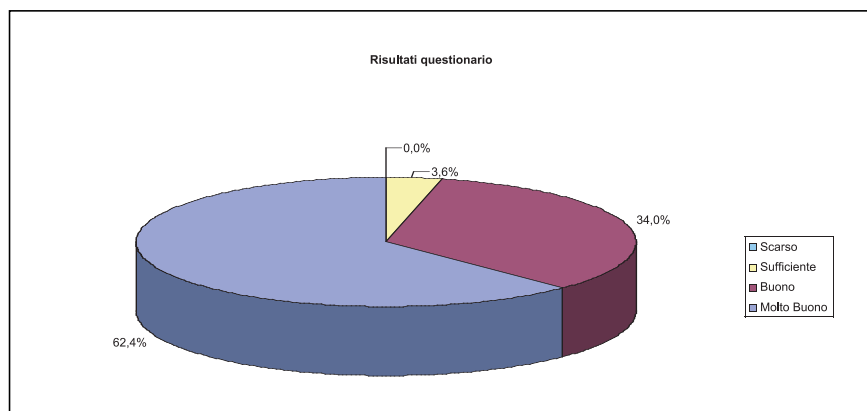
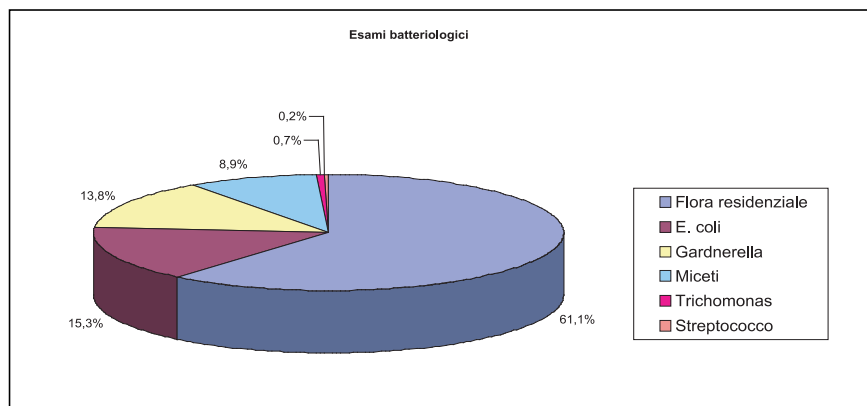
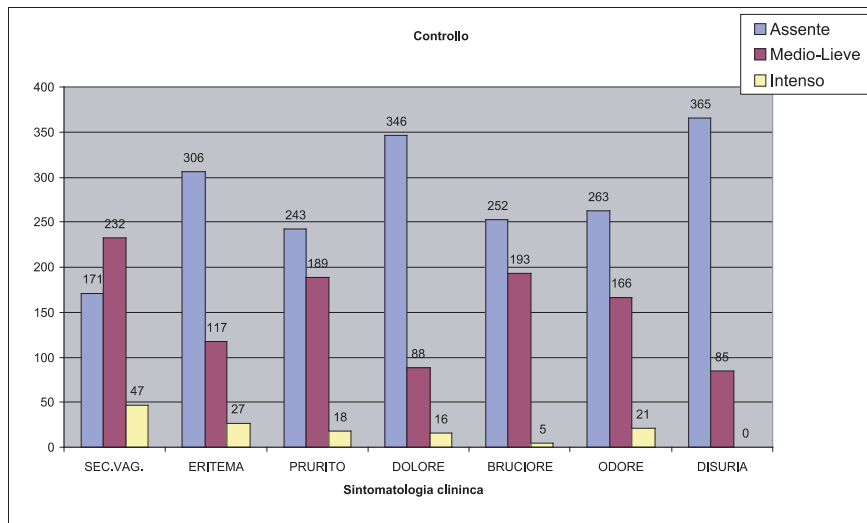
Remotti G. L'ambiente vaginale. Ed. Raffaello Cortina. 1991.

Larsen B. Vaginal flora in health and disease. *Clin Obstet Ginecol* 1993; 36(1): 107.

Rossi A., Cattadori F., Corti B. L'ecosistema vaginale: come proteggerlo, come conservarlo. *Riv Ost Gin Prat Med Perin.* Vol XVIII 1 2003; 21-23.







## PREMIO AVENT

### SECONDA EDIZIONE DEL PREMIO AVENT IN COLLABORAZIONE CON LA SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA PERINATALE

In occasione del XV Incontro Nazionale di Neonatologia e Pediatria, tenutosi a Ischia dal 28 Aprile al 1 maggio 2005, con Aggiornamento di Pediatria-Neonatologia per medici e infermieri pediatrici, Accreditato Ministero della Sanità E.C.M. dal Provider: Dr Arturo Giustardi, è stata lanciata la Seconda Edizione del PREMIO AVENT.

Sostenuto e promosso da tutto il team Avent Italia, il PREMIO AVENT rappresenta un'importante riconoscimento, da parte dell'"intelligenza" professionale, della serietà dell'Azienda stessa e, soprattutto della volontà della Cannon Avent di riconoscersi nella propria filosofia: creare prodotti che aiutino ad allattare più a lungo".

Alla presenza di 80 eminenti medici della Neonatologia italiana, soci della Società Italiana di Pediatria e del Direttivo della Società Italiana di Neonatologia, è stato illustrato, per la seconda volta, questo importante premio. Cannon Avent intende così continuare a sostenere la ricerca italiana, incoraggiando ed affiancando giovani medici, ostetriche/i, infermiere/i professionali che vogliano approfondire e supportare l'allattamento al seno.

A seguito del successo conseguito già nella prima edizione che ha assegnato i premi durante il 10° Congresso Nazionale di Medicina Perinatale-Padova, 27 Novembre 2004, in sintonia ed in linea con la Società Italiana di Medicina Perinatale, Cannon Avent desidera testimoniare anche con questa seconda edizione del PREMIO AVENT, la propria attenzione e diretta partecipazione alla ricerca e allo studio scientifico, al fine di promuovere l'allattamento al seno, fondamentale per una crescita sana e armoniosa del neonato.

Il valore del premio è di 3.000 Euro e rappresenta un importante riconoscimento per i vincitori, giovani studiosi e ricercatori italiani che dovranno presentare i propri studi entro il 31 dicembre 2005.

La commissione giudicatrice, presieduta dal dottor Arturo Giustardi, assegnerà dunque il secondo PREMIO AVENT a un medico e a un'ostetrica/infermiera/e. Questa ulteriore ricerca verrà pubblicata dalla Rivista Italiana di Medicina Perinatale.

## Norme per gli autori

I dattiloscritti vanno inviati al Comitato Editoriale AOGOI - presso la Segreteria nazionale, Via Giuseppe Abamonti, 1 20129 Milano - all'attenzione della Direzione scientifica. Non si risponde della reperibilità di materiale inviato o consegnato ad altri indirizzi. L'accettazione dei lavori è subordinata al parere dei referees appositamente incaricati. La lettera di accompagnamento deve indicare un autore come corrispondente, recapito telefonico e postale.

### Si prega di allegare:

1. titolo del lavoro (in italiano e in inglese)
2. nomi e cognomi degli autori per esteso
3. enti o istituti di appartenenza
4. riassunto in italiano
5. parole chiave in italiano
6. summary in inglese
7. key words in inglese
8. bibliografia completa in tutte le voci (vedi sotto)
9. se ci sono tabelle devono essere complete di titolo, eventuale legenda e riferimento nel testo
10. se ci sono illustrazioni devono essere complete di didascalia, eventuale legenda e riferimento nel testo.

La chiarezza e la completezza nella presentazione dei testi, tabelle e figure contribuisce ad accelerare i tempi di pubblicazione. L'autore è responsabile di tutto il contenuto del testo pubblicato.

Si dà per scontato che i testi proposti non siano già stati pubblicati, né simultaneamente inviati ad altri editori.

La proprietà letteraria spetta all' Editore e l'autore/i, richiedendo la pubblicazione dei propri articoli su "Risveglio Ostetrico", implicitamente accetta la possibilità che la rivista pubblichi, sia integralmente che parzialmente, lo stesso lavoro e/o una traduzione di esso su altre pubblicazioni italiane o straniere.

Testi. Il testo deve essere redatto in italiano e non deve superare il massimo di 15/18 cartelle dattiloscritte.

Inoltre, deve essere accompagnato dalla seguente dichiarazione." L'autore (o gli autori) trasferiscono tutti i diritti d'autore del..... (titolo dell'articolo) a Critical Me-

dicine Publishing, Roma, nel caso detto articolo venga pubblicato su Risveglio Ostetrico. L'autore (o gli autori) assicurano che l'articolo non è stato pubblicato in precedenza, né è in corso di valutazione presso altro giornale".

La cartella (60 battute per 30 righe ciascuna) devono essere scritte su una sola facciata a doppia interlinea, con adeguato margine ai lati per annotazioni redazionali, e senza correzioni a mano.

Le unità di misura devono essere riferite secondo il sistema internazionale.

**Informatizzazione.** I lavori devono essere inviati su supporto informatico accompagnati comunque dalla stampa su carta per la prima verifica.

Non saranno accettati lavori privi di supporto informatizzato.

**Titoli.** Si raccomanda che i titoli siano brevi e specifici; la redazione si riserva il diritto di apportare eventuali modifiche che si rendessero necessarie previa comunicazione all'autore.

**Riassunti.** Ogni lavoro deve essere accompagnato da un riassunto in italiano di lunghezza compresa tra le 10 e le 15 righe dattiloscritte.

**Bibliografia.** La bibliografia deve essere numerata consecutivamente nel testo.

Alla fine del lavoro le citazioni verranno elencate nell'ordine numerico in cui sono state citate e quindi non in ordine alfabetico.

Per ogni citazione di articoli si indicheranno nell'ordine: cognome e iniziale del nome di tutti gli autori, titolo dell'articolo, nome della pubblicazione abbreviata secondo l'Index Medicus, anno di pubblicazione, numero del volume, numero della prima e dell'ultima pagina dell'articolo.

Per ogni citazione di libri, cognomi e iniziali di tutti gli autori, titolo del libro, numero di pagina nel caso di specifico riferimento, edizione oltre alla prima, cognomi e iniziali dei curatori dell'opera, casa editrice, città e anno di pubblicazione.

**Illustrazioni e tabelle.** Le illustrazioni possono essere inviate come foto in bianco e nero o a colori su carta lucida, come diapositive in b/n o a colori, o come disegni originali in inchiostro di china nel formato massimo 18x24 cm.

Sul retro in alto a matita vanno indicati il nome dell'autore e il numero dell'illustrazione (qualora siano più di una). Ogni tabella deve avere un titolo ed essere chiaramente autoesplicativa (se vengono riportate delle sigle deve esserci una legenda esauriente). Il numero delle illustrazioni e delle tabelle deve essere finalizzato alla comprensione del testo; in ogni caso la redazione si riserva il diritto di modificare o eliminare le figure che non soddisfino questa esigenza.

**Bozze.** Solo su specifica richiesta contemporanea all'invio del materiale o per decisione insindacabile della direzione scientifica, le bozze verranno inviate all'autore indicato come corrispondente e dovranno essere restituite entro 10 giorni dal ricevimento. Sono accettate solo correzioni di carattere tipografico.

**Uniformità.** La redazione si riserva il diritto di apportare al testo modifiche di uniformità redazionale.

**Importante.** I lavori inviati, una volta accettati per la pubblicazione, non verranno restituiti agli autori.

I lavori che non rispettano le norme qui indicate saranno rinviati agli autori.